Rok XXVIII. Kraków, 21 Grudnia 1889. Nr. 51.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.
Administracyja: Zakład fizyjologiczny. Collegium physicum.
Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.
Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO
wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.
Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.
Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

| | w Austryi | w Król. Polskiém i Ces. Ros. | w Niemczech | we Francyi |
|---|---|---|---|---|
| Rocznie: | 8 złr. 80 ct. | 6 rsr. | 14 mk | 24 fr. |
| Półrocznie: | 4 „ 40 „ | 3 „ | 7 „ | 12 „ |
| Kwartalnie: | 2 „ 20 „ | 1½ „ | 3½ „ | 6 „ |



**Przegląd Lekarski**, organ Towarzystw lekarskich krakowskiego i galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1 Stycznia 1890 **rok dwudziesty dziewiąty** swego istnienia i wychodzić będzie w tym samym co teraz formacie w objętości 1½ arkusza na tydzień, jak **najregularniéj**.

**Wszystkie prace umieszczane w Przeglądzie Lekarskim, tak oryginalne jakoteż nieoryginalne, są płatnemi.**

**Autorowie, życzący sobie otrzymać odbitki osobne z prac swych, zechcą na rękopiśmie oznaczyć ich ilość; życzeniom bowiem późniéj objawianym zadość czynić niemożemy.**

**Prenumerata Przeglądu Lekarskiego z przesyłką pocztową bezpośrednią wynosi:**

| | w Austryi | w Królestwie Polskiém i Cesarstwie rosyjskiém | w Cesarstwie niemieckiém |
|---|---|---|---|
| rocznie | 8 złr. 80 c. | 6 rsr. | 14 marek |
| półrocznie | 4 „ 40 „ | 3 „ | 7 „ |
| kwartalnie | 2 „ 20 „ | 1½ „ | 3½ „ |

we Francyi i Belgii
rocznie 24 franki, półrocznie 12 franków, kwartalnie 6 fran.

W innych krajach według przepisów pocztowych.

Prenumeratę przyjmują: w Krakowie Administracyja, nadto w Warszawie pp. Gebethner i Wolff, w Paryżu p. Adam, Rue des Saints Pères 81. — Ogłoszenia przyjmują: Administracyja, oraz w Paryżu p. Adam, Rue des Saints Pères 81.

Zwracamy zarazem przy téj sposobności uwagę szanownych Członków korespondentów Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni Przegląd Lekarski abonować bezpośrednio w Administracyi.

## I. Nowsze sposoby operowania katarakty. Powrót od cięcia płatowego. Wyniki własne.

Podał
Prof. Dr. Lucyjan Rydel.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 50).

Uderzającą jest również niezwykle wielka ilość zaćm przejrzałych, stanowią one bowiem połowę wszystkich przypadków. W trzech przypadkach przyspieszyłem dojrzałość zaćmy sposobem Förstera. W jednym z nich wydobyłem zaćmę w 5, w drugim w 10 tygodni późniéj, trzeci zgłosił się dopiero po półtora roku. Wynik ostateczny był we wszystkich pomyślny, dwoje z tych chorych odzyskało √ 6/24 trzecia √ 6/12. Ja sam wykonałem 281 operacyj, moi asystenci zaś Drowie Marcisiewicz i Sroczyński 51. Tylko w 7 przypadkach zaniechano irydektomii, we wszystkich innych uskuteczniono ją w sposób powyżéj podany.

Operacyja odbyła się zupełnie prawidłowo 265 razy (w 79·82%, według sposobu Graefego w 78·39%) w 67 zaś przypadkach (20·18%, w sposobie Graefego 21·61%) zaszły zboczenia mniéj lub więcéj ciężkie.

Uwzględniając okres rozwoju zaćmy okazuje się, że zboczenia zaszły w operacyjach zaćm:

| | |
|---|---|
| dojrzałych | w 16% |
| przejrzałych z torebką wolną | „ 18·99% |
| „ „ torebką zaćmioną | „ 34·92% |
| w zaćmach Morgagn. | „ 8·33% |
| niedojrzałych | „ 25·00% |

Zaćmy niedojrzałe i przejrzałe z torebką zaćmioną są więc ze wszystkich najmniéj korzystne do operacyi tak dalece, że po ich wykluczeniu odsetka zboczeń w wykonaniu operacyi we wszystkich innych przypadkach wynosi tylko 16·21%, w tych zaś dwóch okresach zaćmy 32·91%, czyli że jest dwa razy większą. O ile zaś zboczenia w wykonaniu operacyi wpływają niekorzystnie na wynik ostateczny, okaże się poniżéj.

Zboczenia te były następujące:

1) Upływ ciałka szklanego wydarzył się w operacyjach:

| | | | |
|---|---|---|---|
| zaćm dojrzałych | 7 razy | czyli w | 4·66% |
| „ przejrzałych z torebką wolną | 8 „ | „ „ | 11·27% |
| „ „ „ zaćmioną | 12 „ | „ „ | 19·05% |
| „ „ Morgagniego | 1 „ | „ „ | 4·17% |

Operując więc zaćmy przejrzałe, zwłaszcza z torebką zaćmioną, okupujemy łatwość z jaką one z oka występują wielkiem niebezpieczeństwem upływu ciałka szklanego, jednéj z najcięższych, w zgubne następstwa płodnych przygód przebiegu operacyjnego. Ogółem wydarzył się upływ ciałka szklanego 28 razy na 332 operacyj, to jest w 8·43%, podczas gdy w operacyjach sposobem Graefego wykonanych wynosiła ta odsetka 9·78. Ten ostatni sposób operowania połączony więc jest z większem niebezpieczeństwem utraty ciałka szklanego, aniżeli wydobycie za pomocą cięcia płatowego obwodowego, co w części bardziéj obwodowemu położeniu ranki Graefego, w części jéj zbyt małéj zdolności rozdziawiania się przypisać należy. Ale powyższe liczby nie są bynajmniéj wiernym wyrazem stopnia tego niebezpieczeństwa w obu sposobach operowania. Odsetka bowiem 9·78% jest średnią z 736 operacyj sposobem Graefego wykonanych i wspomnianemi sprawozdaniami objętych. Bliższe rozpatrzenie się okazuje, że w pierwszych 319 operacyjach (sprawozdanie moje) odsetka ta wynosiła 10·97, w dalszych 308 (sprawozdanie Machka) zmniejszyła się tylko na 9·74; w ostatnich 109 (sprawozd. Marcisiewicza) na 6·42. Zmniejszenie się odsetki w drugich 300 przypadkach tylko o 1·23% w porównaniu z pierwszemi 300 przypadkami, odejmowało mi nadzieję dalszego, znaczniejszego jéj obniżenia się skutkiem coraz to większéj wprawy, bo zmniejszenie się jéj na 6·42% w ostatnich 109 przypadkach uważać musiałem za dzieło szczęśliwego trafu, który nas tak często w błąd wprowadza, gdy wnioski nasze na szczupłych opieramy liczbach. Inaczéj ma się rzecz z odsetką upływu ciałka szklanego w naszych 332 przypadkach operowanych za pomocą cięcia płatowego obwodowego. Wynosiła ona w pierwszych 106 operacyjach 14·15%, spadła w drugich 106 na 6·60%, aby w końcu, w ostatnich 120 operacyjach obniżyć się jeszcze na 5·00%. To nagłe zmniejszenie się odsetki więcéj niż o połowę już w drugich 106 operacyjach i dalsze, choć już mniéj znaczne obniżenie się jéj w ostatnich 120 nie może być ani dziełem przypadku ani skutkiem większéj wprawy, bo téj nie nabywa się nagle. Czynną tu oczywiście była inna przyczyna. Wspomniałem już mianowicie powyżéj, że w pierwszych 106 przypadkach wypierałem kataraktę z oka w sposób powszechnie używany suwając i naciskając łyżeczką po rogówce, w dalszych zaś operacyjach czyniłem to za pomocą palców i powiek. Otóż ta okoliczność tłumaczy to znaczne a tak nagłe i stałe zmniejszenie się odpływu ciałka szklanego. Z wyjątkiem Knappa, który (*Arch. f. Augenh.* T. XIX zeszyt 1, z r. 1888), mówiąc o wypieraniu zaćmy wyraża się mimochodem, że „należy łyżeczką lub brzegiem dolnéj powieki cisnąć wprost ku środkowi gałki ocznéj“ nie zdarzyło mi się, o ile pamiętam, nigdzie w bieżącem piśmiennictwie czytać, żeby który z operatorów wypierał zaćmę palcami i owszem wszyscy opisując ten zabieg mówią wyraźnie, że uskuteczniają go za pomocą łyżeczki. Powyższe liczby dowodzą, jak sądzę stanowczo, korzyści sposobu, którego od marca 1887 używam, a jego zaniedbanie wytłomaczyć się da chyba tą okolicznością, że operując przez długie lata sposobem Graefego nawyknięto do wypierania katarakty łyżeczką, a gdy następnie powrócono do cięcia płatowego zatrzymano ten sposób z przyzwyczajenia zapominając, że większa zdolność rozdziawiania się ranki płatowéj pozwala obchodzić się bez łyżeczki, a wypierać zaćmę sposobem używanym w dawnem wydobyciu płatowem, wpływającem według mojego doświadczenia tak korzystnie na odsetkę odpływu ciałka szklanego. Jak szkodliwie zaś ten ostatni wpływa na ostateczny wynik operacyi, wynika z tego, że z 28 przypadków, w których się to zboczenie wydarzyło, wynik był zupełnie pomyślny tylko w 19 (67·86%), pośledni w 7 (25/%), zły w 2 (7·14%).

2) Użycie narzędzi wyciągających. Uciekałem się do niego tylko w razie konieczności, która 27 razy (8·1%) zaszła. Najczęściéj wydarzyło się to w przypadkach zaćm przejrzałych, bo 21 razy na 166 operacyj (12·05%), podczas gdy na 150 zaćm dojrzałych zaszła ta potrzeba tylko 6 razy (4%). Ostrego haczyka wbitego w zaćmę od tyłu użyłem 15 razy, pętli Webera 11 razy, a łyżeczki Graefego 1 raz. W 13 przypadkach zmusił mnie do téj ostateczności poprzedni odpływ ciałka szklanego, w 12 zaś nadwichnięcie soczewki, a w 2 obfity krwotok do komórki przodkowéj i niemożność wyparcia zaćmy. W tych 14 przypadkach udało mi się wyciągnąć soczewkę już to pętlą Webera już też haczykiem 12 razy bez odpływu ciałka szklanego, a wynik ostateczny był we wszystkich zupełnie pomyślny.

3) Pozostanie szczątków zaćmy w oku. W 10 przypadkach zaćmy przejrzałéj z torebką zaćmioną i w 2 przypadkach zaćmy dojrzałéj wydobyłem soczewkę razem z całą nienadwerężoną torebką, 8 razy mianowicie bez utraty ciałka szklanego, 4 razy z miernym tegoż odpływem. Oprócz tych udało mi się oczyścić źrenicę dokładnie jeszcze w 257 a więc razem w 269 przypadkach (81·03%, według Graefego tylko w 73·98%), znaczniejsze szczątki pozostały w 12 (3·61%, według Graefego w 4·48%), drobne w 51 przypadkach (15·36%, według Graefego w 21·63%). Cięcie płatowe obwodowe usprawiedliwiło więc, według mojego doświadczenia, w zupełności nadzieję, opierającą się na wywodach teoretycznych, że w porównaniu z cięciem obwodowem linijowem Graefego ułatwi dokładne, a tak ważne oczyszczenie źrenicy ze szczątków zaćmy. Zawdzięcza ono zaś tę wyższość większéj zdolności rozdziawiania się ranki, skutkiem któréj nietylko zaćma łatwiéj w całości, bez oderwania się okruchów występuje, ale nadto w razie pozostania szczątków ich wydalenie na nierównie mniejsze napotyka trudności.

Oprócz tych zboczeń wydarzył się znaczniejszy krwotok do komórki przodkowéj 11 razy, a w 2 przypadkach musiałem rankę nożyczkami powiększyć. W jednym z nich mianowicie staruszka 80-letnia rzuciła głową, mimo jéj ustalenia, tak silnie a niespodziewanie, że nożyk już po wykłuciu z oka wyskoczył, co mnie do ukończenia cięcia nożyczkami zmusiło. U drugiéj kobiety wypadło cięcie z mojéj winy za małe, a trudne z tego powodu występowanie zaćmy zniewoliło mnie do powiększenia ranki nożyczkami. Zboczenie to uszło w obu przypadkach bezkarnie.

Przebieg po operacyi był zupełnie prawidłowym w 225 przypadkach (67·77%) w 107 zaś (32·23%) zaszły mniéj lub więcéj znaczne zboczenia sprawy gojenia.

1) Pęknięcie ranki z mniéj lub więcéj obfitym krwotokiem do komórki przodkowéj wydarzyło się 12 razy (3·61%) a mianowicie skutkiem przypadkowego uderzenia się chorego w oko między 3-cim a 11-tym dniem 10 razy, raz dopiero w 20 tym dniu po operacyi, w jednym zaś przypadku 6-go

dnia skutkiem silnego kichnięcia W 9 przypadkach wydarze nie to nie pociągnęło za sobą żadnych następstw szkodliwych, w 2 lekkie zapalenie tęczówki z wytworzeniem się paru przyczepin nitkowatych bez widocznéj szkody dla wzroku, u jednego zaś mężczyzny, który trzeciego dnia po operacyi zerwał sobie zupełnie opatrunek i uderzył się silnie w oko, rozwinęło się ropne zapalenie rogówki, a następnie tęczówki i ciałka rzęskowego z zanikiem gałki ocznéj i utrzymaniem słabego tylko poczucia światła. Od czasu jak zabezpieczam oko maską drucianą wydarzyło się urazowe pęknięcie ranki na 70 z górą przypadków tylko raz jeden i to z winy lekkomyślnego chorego, który maskę z oka usunął i w nie się uderzył.

2) Lekkie zapalenie tęczówki zlepne (*iritis adhaesiva*) z wytworzeniem się jednéj lub pary, zazwyczaj nitkowatych przyczepin tylnych bez szkodliwych następstw wystąpiło 60 razy (18·07%) Często prócz tego była źrenica w pierwszych dniach nieregularną z powodu przyczepin, które się następnie pod wpływem atropiny porozrywały.

3) Silne zapalenie tęczówki ze zmętnieniem cieczy wodnéj i wypociną w źrenicy wystąpiło wszystkiego 5 razy (w 1·51%, po operacyi Graefego zaś w 3·03%). W 3 z tych przypadków przyszło do częściowego, w 2 do całkowitego zarośnięcia źrenicy. Tylko u jednéj z tych chorych rozdarłem późniéj błonę rzekomą sposobem Bowmana, skutkiem czego wzrok z $\sqrt{5/60}$ poprawił się na $\sqrt{6/36}$, u czworga zaś nie przyszło do operacyi następowéj, już to z powodu, że ją odrzucili, już też że opuścić musieli klinikę zbyt wcześnie, a późniéj się nie zgłosili. U wszystkich tych wynik był pośledni ($\sqrt{2/60}$, 3/60, 4/60 i 5/60), ale poprawa jego nie ulegała, wobec korzystnych warunków, prawie żadnéj wątpliwości.

4) Zapalenie tęczówki i ciałka rzęskowego w 2 przypadkach plastyczne, w 6 ropne. Zapalenie plastyczne rozwinęło się w jednym przypadku po operacyi zaćmy przejrzałéj z torebką wolną. Podczas wypierania soczewki chory ścisnął powieki niespodziewanie a tak silnie, że zaćma wyskoczyła z oka, a w ślad za nią nastąpiła obfita utrata ciałka szklanego. W oku tem utrzymało się wprawdzie poczucie światła, ale wyraźne objawy zaniku nie pozostawiały żadnéj nadziei przywrócenia wzroku. W drugim przypadku podtrzymywało wrośnięcie torebki w rankę po operacyi zupełnie prawidłowéj zaćmy dojrzałéj objawy dość łagodnego, ale bardzo uporczywego zapalenia plastycznego, które się ostatecznie dość pomyślnie, bo odzyskaniem $\sqrt{6/60}$ ukończyło. Chory 76-letni starzec, mając już opuścić klinikę zapadł na zapalenie płuc, które się śmiercią ukończyło.

We wszystkich 6 przypadkach ropnego zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego rozpoczęła się sprawa chorobowa od ropnego nacieku w ranie rogówkowéj, w 5 z tych przypadków skutkiem zakażenia pierwotnego, gdyż już nazajutrz po operacyi wystąpiły pierwsze objawy chorobowe, w szóstym zaś, już powyżéj wspomnianym przypadku, skutkiem zakażenia wtórorzędnego, gdy sobie chory po trzech dniowym przebiegu prawidłowym rankę rozerwał. Wszyscy ci chorzy opuścili klinikę wprawdzie z mniéj lub więcéj dobrem poczuciem światła, ale wyraźne oznaki zaniku gałki ocznéj odejmowały wszelką nadzieję przywrócenia wzroku. U jednego z nich utrzymało się nawet zrazu poczucie światła na 6 metrów z dobrą zdolnością lokalizacyi, ale mimo to dwukrotna irydotomia pozostała bez skutku. W innym wypaliłem naciek rogówkowy bardzo energicznie galwanokauterem nie udało mi się przecież zapobiegnąć rozszerzeniu się sprawy chorobowéj na tęczówkę i ciałko rzęskowe, jak sądzę z powodu, że ten zabieg zapóźno uskuteczniłem.

5) Ropne zapalenie całéj gałki ocznéj wydarzyło się tylko raz jeden u 60 letniego izraelity po idealnie prawidłowem wydobyciu zaćmy Morgagniego bez irydektomii.

6) Krwotok do ciałka szklanego u 58 letniego mężczyzny z zaćmą Morgagniego powstał podczas operacyi z równoczesną znaczną przepukliną ciałka szklanego, które jednak nie odpłynęło. Nazajutrz był opatrunek krwią przesiąkły, ranka mocno rozdziawiona, cała źrenica krwią zalana, po któréj wessaniu późniéj wydobywał się z głębi oka mocno czerwony odblask. Chory ten stracił zupełnie poczucie światła.

7) Opadnięcie tęczówki w rankę wydarzyło się 21 razy (6·33%), mianowicie na 7 przypadków wydobycia bez irydektomii 3 razy (42·85%) na 325 operacyj z irydektomią 18 razy (5·54%). Nie myślę oczywiście bynajmniéj wyprowadzać z tych liczb wniosku, że w razie zaniechania irydektomii opadnięcie tęczówki wydarza się prawie w połowie przypadków, przekonany owszem jestem, że ta zbyt wysoka odsetka zmniejszyłaby się bardzo znacznie w razie częstszego wykonywania operacyi bez irydektomii. Ale jeżeli Knapp (*Archiv f. Augenh.* XIX. Band 1 Heft) w pierwszéj setce operacyj bez irydektomii miał 12, w drugiéj setce (l. c. XX. B. 3 Heft) 6 przypadków, a więc średnio 9% opadnięcia tęczówki, to moja odsetka 5·54% przemawia stanowczo za systematycznem wykonywaniem irydektomii. Dodać nadto muszę, że prowadząc cięcie już w saméj rogówce, na 1 do 1·5 mm od jéj brzegu, jak to od października b. r. czynię, mam nadzieję jeszcze dalszego zmniejszenia się téj odsetki, skoro na 33 przypadki w ten sposób operowane opadnięcie tęczówki nie wydarzyło się ani razu. Na 21 przypadków opadnięcia odciąłem tęczówkę nożyczkami 4 razy, w 4 innych przypadkach odpaliłem ją galwanokauterem, któremu co do pewności i szybkości skutku dałbym pierwszeństwo, w 13 przypadkach pozostawiłem zabliźnienie siłom przyrody. We wszystkich nastąpiło ostatecznie zabliźnienie płaskie, a wynik co do wzroku był w 19 dobry, w 2 zaś pośledni (w obu $\sqrt{5/60}$).

Nie zaliczam wcale do zboczeń w sprawie gojenia prążkowanego zaćmienia rogówki, które w przeważnéj większości przypadków, choć w stopniu rozmaitym występuje. Nie jest ono zdaniem mojem wyłącznie skutkiem działania sublimatu na tkaninę rogówkową, lecz w części, choć może mniejszéj, także skutkiem ugniatania rogówki podczas operacyi. Sądzę tak dla tego, że je spostrzegałem i dawniéj, kiedy nie używałem sublimatu lecz kwasu borowego, a powtóre z powodu, że od czasu jak soczewkę wypieram powiekami zamiast łyżeczką, bywa ono w ogólności słabsze Zaćmienie to ustępowało zazwyczaj dość szybko tak, że w chwili występowania chorych z kliniki około 14-go dnia było najczęściéj już nieznaczne albo nawet rogówka zupełnie czysta; w kilkunastu jednak przypadkach, w których wystąpiło w stopniu wyższym niż zwykle, rogówka wyjaśniała się zwolna, a zaćmienie jéj, utrzymujące się jeszcze w dniu wyjścia, wpływało szkodliwie na bystrość wzroku, która też późniéj podnosiła się jeszcze znacznie.

Nie zaliczam również do zboczeń sprawy gojenia późnego przywracania się komórki przodkowéj. Spostrzegałem je w 9 przypadkach, 3 razy mianowicie przywróciła się komórka 3-go, po 2 razy dopiero 6, 7 i 8-go dnia po opera-

cyi. Mimo tak długiego otwarcia ranki nie nastąpiło szczęściem ani razu jéj zakażenie, a wszyscy ci chorzy odzyskali wzrok dobry, 2 mianowicie √6/60, a reszta znacznie lepszy.

(Dokończenie nastąpi.)

## II. Ósmy przypadek wrodzonego torbiela oczodołowego.

Podał

Dr. J. Talko w Jarosławlu n/W.

Do opisu poprzednio spostrzeganych przezemnie przypadków téj wrodzonéj wady oka, które ogłosiłem w *Medycynie* (1876 i 1879), w sprawozdaniach Tow. oftalmicznego w Hejdelbergu (1879) i międzynarodowego kongresu okulistów w Medyjolanie (1881), dołączam obecnie przypadek 8-my spostrzegany w Jarosławlu nad Wołgą.

Włościanka 42-letnia, wielko-rosyjanka, przybyła do ziemskiego szpitala z powodu urazowego owrzodzenia rogówki lewéj, wywołanego ukłuciem podczas żniwa. Zwrócono uwagę, iż w odpowiedniem miejscu brakuje prawéj gałki ocznéj, która na pozór istniała, jak zwykle w tych razach, pod dolną powieką. Ta ostatnia była nieco wydęta i okazywała słabe sinawe zabarwienie, które u dzieci mających cienką skórę powiek, zawsze tę anomaliję cechuje. Brzeg wolny powieki dolnéj wywrócony na zewnątrz (*ectropion*). Pod powieką namacać można torbiel elastyczny wielkości dużego laskowego orzecha, sięgający wzdłuż dolnéj ściany oczodołu w jego głąb i pokryty dość zgrubiałą spojówką, po której trą rzęsy powieki górnéj nie mającéj podstawy oparcia. Spojówka odpowiednio do tylnéj części torbiela tworzy zatokę, jak po enukleacyi gałki, z tą tylko różnicą, że w środku w głębi widać w niéj wązki kanał, przez który (po uniesieniu ku górze górnéj powieki) wprowadzona sonda dochodzi do twardego ciała. To ostatnie wymacać można i małym palcem, ma ono wielkość ziarna grochu i wykonywa ruchy synergiczne z lewą gałką oczną: była to powstrzymana w rozwoju prawa gałka oczna, mająca łączność, acz bezpośrednią, z wrodzonym torbielem, którego treść była surowiczą.

Na przypadku tym stwierdzono wszystko, co poprzednio wyrzekłem o téj rzadkiéj wadzie wrodzonéj oka. Ciekawy on jest jeszcze i pod tym względem, że do téj pory prawie zawsze spostrzegano ją u dzieci nowo-narodzonych lub kilko letnich. Obecnie osoba mająca tę wadę oka liczy lat 42. Myśmy ten torbiel widzieli dotąd tylko u polskich dzieci, nie znając ani jednego przypadku u żydów. W literaturze rosyjskiéj znamy tylko trzy przypadki: obustronny torbiel u dziecka opisał Dr. Skrebicki a Dr. Ewetzky widział jednostronny torbiel u jednego dziecka przy *anophthalmus* a u drugiego przy *mikrophthalmus*, połączony z *coloboma iridis et chorioideae*.

W odczycie moim na kongresie medyjolańskim przytoczyłem 3 hypotezy formowania się u płodu tych torbieli (Hoyer, Wicherkiewicz i Manz). Dr. Ewetzky nazywa je „otorbionemi kolobomami gałek ocznych“, jak to chce van Duyse (*colobomes enkystés*). W ciekawéj swéj rozprawie o tym przedmiocie drukowanéj w czasopiśmie „*Wiestnik oftalmołogii*“ (1886) Dr. E. zebrawszy 22 znanych w literaturze przypadków przyłącza się do hypotezy wypowiedzianéj przez Arlta (opartéj na anatom. badaniu Wallmana) i potwierdzonéj przez Manza, iż torbiele te u płodu formują się wskutek niezarastania szpary embryjonalnej gałki ocznéj, miejsce więc to jako *locus minoris resistentiae*, ulegając ciśnieniu ciałka szklanego, rozszerza się w postaci torbiela, który się rozrasta w kierunku najmniejszéj przeszkody, względnie dolnéj powieki. Torbiele te z czasem zupełnie się oddzielają od gałek ocznych, zwykle powstrzymanych w swym rozwoju, łącząc się z niemi za pomocą zrostu lub sznurka tkanki łącznéj. Za tą hypotezą zdają się silnie przemawiać przypadki jednoczesnego istnienia w gałkach ocznych mikroftalmicznych *coloboma iridis*, naczyniówki lub pochwy naczynia wzrokowego, przypadki Arlta, Snellena, Dra van Duyse i Ewetzkiego. Zbadawszy ściankę torbiela w jednym przypadku Dr. E. przyszedł nawet do wniosku, że zewnętrzna jéj warstwa przypomina nieco budowę twardówki, a wewnętrzna — siatkówki, o czem obszernie rozpisał się w swéj rozprawie inauguracyjnéj, przekonywając o tem czytelnika rycinami miskroskopowemi.

Opisany obecnie 8-my przypadek wrodzonego torbiela gałki ocznéj obserwowałem razem z Drem Kacaurowem, który mi go łaskawie przedstawił. Demonstrowałem go w tutejszem towarzystwie lekarskiem.

## III. Prof. Adamkiewicz i jego ciałka nerwowe.

Podał

prof. Cybulski.

W sprawach naukowych dyskusyja i krytyczne zastanawianie się nad faktami lub zjawiskami, nad metodami, za pomocą których te zjawiska są spostrzegane lub badane, są jedyną rękojmią postępu, jedyną drogą, prowadzącą umysł ludzki do prawdy. Warunkiem jednak koniecznym, ażeby dyskusyja była dla nauki pożyteczną, są trzy następujące wymagania, którym w każdéj dyskusyi powinno być czynione zadość. Po pierwsze dyskutującym powinno zależeć wyłącznie tylko na wyświeceniu prawdy, powtóre przedmiotem dyskusyi muszą być tylko fakty przez dyskutujących podawane, lub hypotezy i zdania o tych faktach. Po trzecie faktom powinny być przeciwstawiane fakta, a nie słowa lub syllogizmy. W ogóle przedmiot dyskusyi powinien być zupełnie oddzielony od osób biorących udział w dyskusyi. Gdy tylko dyskusyja wykracza przeciwko tym regułom, traci zupełnie charakter dyskusyi naukowéj i znaczenie jéj dla nauki jest żadne. Wprawdzie może ona na razie na umysły mało krytyczne i płytkie wywrzeć pewien wpływ, lecz w ogóle w nauce pozostaje bez śladu i idzie prędko w niepamięć. Wyjaśnienie prawdy nic nie zyskuje, zostaje zmarnowany czas i papier.

Odpowiedź prof. Adamkiewicza, umieszczoną w Nrach 49 i 50 *Przegl. Lek.* z przykrością muszę zaliczyć do téj ostatniéj kategoryi. Nie tylko bowiem autor faktów nie przeciwstawia faktom, lecz nadto co chwila wkracza na pole osobistych wycieczek przeciwko mnie, posługuje się wyłącznie dyjalektyką przy zestawieniu wyrwanych z rozmaitych miejsc mojéj pracy zdań, nadaje im zupełnie inne znaczenie niż to, które one miały w swojem miejscu, w związku z innemi zdaniami itp. Oczywiście, że dyskuja tego rodzaju jest dla nauki bezowocną, a nawet powiem szkodliwą i demoralizującą, jak wszelki zły przykład.

Samo się przez się rozumie, że w odpowiedzi niniejszéj nie mam żadnego zamiaru kroczyć drogą przez prof. Adamkiewicza obraną, że pozostawiam wszelkie osobiste wycieczki bez odpowiedzi, jako nie mające związku żadnego z nauką, a pozwolę sobie tylko w krótkich słowach co do niektórych faktów i zdań, w odpowiedzi prof. Adamkiewicza podanych, dać pewne wyjaśnienie, co do innych, które z dzisiejszym stanem nauki nie są zgodne, wprowadzić pewne poprawki, a w końcu odpowiedzieć na niektóre zapytania.

Zadanie moje jest tem łatwiejsze, że rzecz sama dla każdego nieuprzedzonego człowieka, który sprawą się interesował, albo tylko przeczytał ostatnią odpowiedź profesora Adamkiewicza, musi być dość jasną już na podstawie tego historycznego przebiegu, który się w odpowiedzi znajduje. Prawie przed pięciu laty prof. Adamkiewicz opisuje nowy składnik włókna nerwowego ludzkiego, mianowicie jego osłonki rdzennéj; składnik ten miał być dużą komórką, do 40 μ długą, i był przeoczony przez wszystkich badaczy do tego czasu. Od téj chwili upływa cztery i pół lat i ani jeden histolog komórki téj nie chce widzieć, ani jeden nie chce oddać słuszności temu odkryciu. Co gorzéj, jedni, jak Krause, Ławdowski, a w końcu w ostatnich czasach Kölliker do takiego stopnia tą sprawą się nie interesują, do takiego stopnia są pewni siebie, a mają po temu pewne powody ze względu na fakty z zakresu histogenetycznego rozwoju nerwów, że

z góry oświadczają, iż odkrycie to jest tylko następstwem omyłki, którą prof. Adamkiewicz popełnił, biorąc jeden ze znanych składników włókna nerwowego za rzecz zupełnie nową, albowiem w nerwach zwierzęcych lub ludzkich żadnych nowych komórek nie ma i być nie może. W pracy swojéj poprzedniej [1]) przytoczyłem zdania dwóch pierwszych autorów; w tem miejscu zmuszony jestem przytoczyć zdanie trzeciego, o którym prof. Adamkiewicz twierdzi, że „aż trzy przypuszczenia robi w celu ich tłumaczenia.“ — Oto co powiada Kölliker [2]): „In neuster Zeit beschreibt Adamkiewicz unter dem Namen „Nervenkörperchen“ Zellen, die zwischen Schwann'scher Scheide und Mark liegen sollen, von denen so sonderbares gemeldet wird, dass mit Sicherheit hervorgeht, das entweder Verwechslungen mit Kernen der Schwann-schen oder Henle'schen Scheide oder Kunstprodukte vorlagen. Oder was soll man anderes sagen, wen man erfährt, dass diese Körperchen nur beim Menschen erst von der Pubertät an und so zusagen. nur an groben Nervenfasern vorkommen!“

Z przytoczonego ustępu widzimy, że tu nie ma mowy o tłomaczeniu odkrycia prof. Adamkiewicza. Autor stanowczo zaprzecza istnienia jakichkolwiek nowych komórek w nerwie i wyjaśnia tylko, że ów nowy składnik włókna nerwowego może być albo jednym ze znanych składników nerwu, który prof. Adamkiewicz przez omyłkę przyjął za coś nowego, albo produktem sztucznym.

Druga kategoryja histologów rzeczywiście czyniła poszukiwania podług metody prof. Adamkiewicza. Tak postąpili Vignal, Benda i Jakobi [3]), którego prof. Adamkiewicz, nie wiem dla czego w liczbie swoich przeciwników „niszczycieli ciałek nerwowych“ nie podaje. Ci trzéj nie tylko zaprzeczyli istnienia ciałek nerwowych, ale jednomyślnie przyszli do przekonania, że ciałka prof. Adamkiewicza są wprost zwykłemi komórkami Schwanna. Wypada jednak zaznaczyć, że autorowie ci, o ile z prac ich wnosić można, wnioski swoje oparli tylko na téj podstawie, że w nerwach ludzkich nic innego nie znaleźli, jak to co było znanem, i że komórki Schwanna swym kształtem i położeniem zupełnie odpowiadały ciałkom prof. Adamkiewicza; takiego jednak zabarwienia tych ciałek safraniną, o jakiem pisał prof. Adamkiewicz, nie otrzymali.

Z powodu tych autorów muszę podnieść inną niedokładność, którą popełnił prof. Adamkiewicz. Mówiąc o Vignalu powiada: „On nie widzi nic nowego w nerwach, które badał według mojéj metody, twierdzi on, że półksiężyce, które ja opisuję, powstają jedynie wskutek procedury stwardnienia, przezemnie używanéj i nie są niczem innem, jak tylko skrzepnięciami między pochewką a istotą rdzenną.“ A ztąd wniosek, że zdanie Vignala... nie potrzebowało być szeroko odparte, gdyż skutkiem skrzepnięcia nie mogłyby powstać nowe komórki z jądrami i pierwoszczem. Tymczasem Vignal nie był nigdy tak naiwnym i zdanie swoje wypowiada zupełnie inaczéj; na nieszczęście nie mogę przytoczyć słów Vignala, gdyż obecnie nie posiadam jego rozprawy, ale natomiast pozwolę sobie przytoczyć cytatę z referatu p. Zandera [4]) z pracy Jakobiego: „Zwischen zwei Schnürringen besitzt die Schwann'sche Scheide immer nur einen Kern, und Adamkiewicz, der in einem kurzen Stückchen einer Faser fünf Kerne abbildet, hat wohl die Kerne der Henle'schen Scheide mitgerechnet. Die „Nervenkörperchen“ von Adamkiewicz habe Vignal richtig als das den Kernen der Schwann'schen Scheide anliegende Protoplasma erkannt.“

Widzimy więc, że Vignal wbrew temu, co o nim twierdzi prof. A., uznaje ciałka nerwowe, podobnie jak i Jacobi, za zwykłe komórki Schwanna.

Również pewne nieporozumienie zaszło u prof. Adamkiewicza w sprawozdaniu z pracy Bendy, o którym mówi: „... autor ten oświadcza, że ciałka moje nerwowe są identyczne z ciałkami, które Ranvier opisał jako *noyaux du segment interannulaire*,“ przytem ani jednem słowem nie nadmienia, że *noyaux interannulaires* Ranvier nazywa zwykle komórki Schwanna, a to ze względu, że one leżą we włóknie nerwowem między dwoma przewężeniami w równéj odległości. Nazwa ta została przyjętą i w tłomaczeniu niemieckiem Ranviera. Jestto więc tylko synonim jąder Schwanna i nic więcéj; tymczasem z rozprawy prof. Adamkiewicza wypada, jakoby Ranvier jakieś nowe komórki w nerwach opisywał.

Wszyscy więc trzéj badacze zupełnie niezależnie przyszli do tego samego wniosku, że „ciałkami nerwowemi“ prof. Adamkiewicz nazwał znaną od dawna komórkę Schwanna.

Jakkolwiek więc prof. Adamkiewicz w odpowiedzi swéj jest przekonania, że ciałka Schwanna każdy początkujący winien rozpoznać, z czem najzupełniéj się zgadzam, to jednakże jak widzimy ich nie rozpoznał i przyjął je za rzecz nową i nieznaną. Wyjaśnienie tego błędu znajdujemy w tem, że pojęcia prof. Adamkiewicza o ciałkach Schwanna są odmienne od przyjętych obecnie przez wszystkich histologów. Nie tylko bowiem w pracach poprzednich, ale i w ostatniéj odpowiedzi uważa te ciałka za twory interstycyjalne; na dowód przytaczam jego zdanie: „Co do jąder pochewki Schwanna, jako tworów interstycyjalnych, musielibyśmy otrzymać zupełnie coś przeciwnego.“

Z przytoczonego ustępu widzimy, że najsamprzód profesor Adamkiewicz jest zdania, iż pochewka Schwanna posiada jądra, podczas gdy w téj szklistéj, bezpostaciowéj błonce żadnych jąder nie ma, powtóre, że jądra te należą do tkanki intersticyjalnéj. Tymczasem już w histologii Ranviera [1]) z r. 1877 mógł prof. Adamkiewicz się przekonać, że jądro to leży w osłonce rdzennéj. Oto co mówi Ranvier o tem jądrze: „Jedes interannuläre Segment besitzt einen Kern, der beinahe in gleicher Distanz von jedem der zunächst gelegenen Schnürringe sich findet.... er ist leicht abgeplattet (a więc nie okrągłe) besitzt ein Kernkörperchen (to widzimy na rycinie prof. Adamkiewicza), und sitzt in einem Ausschnitt der Markscheide, den er nicht vollständig ausfüllt. Zwischen demselben und dem Mark ist eine Protoplasmaanhäufung vorhanden. die sich unter der Schwann'schen Membran ausbreitet;“ a daléj: „endlich zeigen sich in dieser Protoplasmamasse Myelintröpfchen, die sich mit Osmium färben.“ Zdaje mi się, że stąd tylko jeden może być wniosek, że ciałko Schwanna leży pod osłonką Schwanna w osłonce rdzennéj, to jest zupełnie tak, jak prof. Adamkiewicz umiejscawia swoje ciałka nerwowe. Jeżeli więc podług terminologii prof. Adamkiewicza w nerwach, wszystko co nie jest włóknem osiowem, jest tkanką intersticyjalną, to i jego ciałko i osłonkę rdzenną wypadało dla konsekwencyi zaliczyć także do téj saméj kategoryi.

Jednak ten sam Ranvier podług. prof. Adamkiewicza podziwia ciałka nerwowe; na jego opiniję jedynie prof. Adamkiewicz się powołuje. Jakież dowody przytacza? Oto kilka słów, które Ranvier miał wyrzec, widząc półksiężyce prof. Adamkiewicza na poprzecznych skrawkach, wobec trzeciéj osoby, któréj nawet nazwiska prof. A. nie uważał za stosowne podać. Czyż to może być uważane za dowód naukowy, jeśli z licznych prac, które z pracowni Ranviera wychodzą, prof. Adamkiewicz nie zdołał przytoczyć ani jednéj na poparcie swojego odkrycia? To powołanie się na Ranviera musi się wydać tem bardziéj dziwnem, że w ostatnim zeszycie swojéj techniki histologicznéj, w którym znajdujemy opis budowy korzeni rdzenia (stronica 957), nie znajdujemy najmniejszéj wzmianki ani o prof. Adamkiewiczu, ani o jego ciałkach nerwowych.

Moje osobiste badania nad nerwami posunęły sprawę o krok daléj. Na licznych preparatach z nerwów trupów ludzkich otrzymałem ciałka Schwanna nie tylko co do kształtu i wielkości, ale i pod względem zabarwienia w safraninie zupełnie identyczne z ciałkami, które widziałem nie tylko na rycinach, ale i preparatach prof. Adamkiewicza.

Nadto na kilku nerwach, (które nie wiem dlaczego prof. Adamkiewicz uważa za jedyny materyjał), otrzymanych z osób

[1]) *Przegląd Lekarski* 1888, Nr. 46, 47, 49.— [2]) *Handbuch der Gewebelehre des Menschen* 1889, str. 156.— [3]) *Zum feineren Bau der peripheren markhaltigen Nervenfaser.* Würzburg 1886 — [4]) *L. Ranviers technisches Lehrbuch der Histologie. Leipzig* 1877, str. 683.

[1]) *L. Ranviers Technisches Lehrbuch der Histologie* Lipsk 1888.

żywych, przekonałem się, że safranina barwi ciałka Schwanna inaczéj, aniżeli w nerwach martwych. Fakt ten dawał podstawę do przypuszczenia, że zabarwienia pomarańczowego w ciałkach Schwanna nie otrzymujemy także w nerwach zwierząt, być może wskutek tego, że do badania bierzemy nerwy albo w stanie żywym, albo prędko po śmierci, która zwykle bywa następstwem przyczyn nagłych, a nie jest następstwem stopniowego osłabienia ustroju, jak to ma miejsce u ludzi; podałem więc fakt i wypowiedziałem hypotezę, która musi być stwierdzoną za pomocą nowych badań. Prof. Adamkiewicz przeciwko temu faktowi nie przytacza ani jednego spostrzeżenia, ani jednego faktu; natomiast rzuca podejrzenie, że nerwy, o których powiadam, iż barwiłem w safraninie, mają wejrzenie barwionych w karminie. Jest to co najmniéj sposób polemiki w nauce dodziś dnia niepraktykowany.

Przy téj sposobności odpowiem także na zapytanie prof. Adamkiewicza, dla czego nie sporządzałem i nie rysowałem otrzymanych ciałek na poprzecznych przekrojach nerwów. Odpowiedź krótka: dlatego, aby nie popełnić błędu, który już raz został popełniony przez prof. Adamkiewicza. Najprzód bowiem przy badaniach histologicznych nigdy nie można się ograniczać wyłącznie do jednego przekroju, a powtóre przy badaniu pojedynczych składników tkanek, przy oznaczeniu ich kształtów, własności, potrzeba mieć te składniki izolowane, nerw zaś izolowany można badać tylko przy ułożeniu podłużnem. Że ryciny moje przypominają, być może, ryciny Ranviera, oświadczenie to prof. A. sprawia mi rzeczywiście wielką przyjemność. Przecież inaczéj być nie mogło, jeśli ryciny te przedstawiają to, co przedstawiał Ranvier. Zaprzeczyć jednak muszę, ażeby zabarwienie ich w czemkolwiek przypominało preparata Ranviera barwione w karminie: w karminie się barwi przeważnie jądro na czerwono, protoplazma zaś zostaje tylko słabo różowe; tymczasem na moich rycinach jądro jest zabarwione słabo fioletowo, a protoplazma na żółto czerwono. Preparata, z których ryciny były robione, miał prof. Adamkiewicz sposobność oglądać na Zjeździe przyrodników polskich lub w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem. Mógłby się przytem przekonać, że i pod względem zabarwienia ciałka Schwanna w moich preparatach niczem się nie różniły od jego ciałek nerwowych, mimo, że nerwy były przygotowane za pomocą kwasu nadosmowego.

Kończąc tę odpowiedź ze względu, że wszystkie inne przedmiotowe zarzuty zostały uwzględnione w méj poprzedniéj pracy, nie mogę nie wyrazić zdziwienia, że prof. Adamkiewicz mianowicie tę drogę dyskusyi obrał, podczas gdy miał inną, krótszą, a niewątpliwie bardziéj skuteczną. Wszak wystarczało przygotować jeden jedyny preparat z jednego tylko włókna nerwowego i pokazać go w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem, mówiąc: „oto Panowie dwa przewężenia Ranviera, między niemi w środku wrzecionowata komóreczka wewnątrz osłonki Schwanna leżąca, jest to komórka Schwanna, *„noyau interannulaire, Markkern“*, a oto na prawo, czy na lewo (nie wiem gdzie) moje ciałka nerwowe.“ Wszak taki jeden preparat wystarczałby, aby od razu wszystkich przekonać, aby wszystkich przeciwników „zniszczyć.“ Lecz prof. Adamkiewicz tego nie uczynił, i śmiało mogę twierdzić, nie uczyni, gdyż w nerwie dokładnie izolowanym żadnego ciałka nowego, prócz zwykłéj komórki Schwanna, nie znajdzie[1]).

## IV. O operacyjnem leczeniu hemoroid.

Podał

docent Dr. Rudolf Trzebicky.

(Dokończenie. Patrz Nr. 50).

73. Chaim E., handlarz jaj, lat 40 liczący, z Podgórza cierpi od kilkunastu lat na uporczywe krwotoki z licznych drobnych guzów. Operacyja 11/10 1887. Przebieg prawie zupełnie bezgorączkowy na drugi dzień 38·2°). Zatrzymanie moczu przez 3 dni. Obecnie zupełnie zdrów.

74. Natan T., kupiec, lat 45 liczący, z Tarnowa, cierpi od kilkunastu lat na hemoroidy. Operowany przed 14 laty za pomocą ligatury ze skutkiem przemijającym. Liczne duże guzy. Operacyja 22/12 1887. Przebieg prawidłowy. Obecnie zupełnie zdrów.

75. Schie S, gospodarz, lat 40 liczący, z Rzek, mimo kilkoletnich krwotoków nie zbyt niedokrewny. Liczne drobne guzy. Operacyja 1/2 1888. Przebieg bezgorączkowy. Pacyjent przez dłuższy czas cierpiał na przypady nieżytu pęcherza, wywołanego przez stosowanie cewnika po operacyi. Obecnie zupełnie zdrów (list z 29/9 1889).

76. Hirsch H., kupiec, z Turki, lat 50 liczący. Hemoroidy od lat kilkunastu. Liczne duże guzy. Operacyja 24/4 1888 r. Przebieg normalny. Obecnie zupełnie zdrów.

77. Eige S., lat 30 licząca z Przemyśla, bardzo niedokrewna wskutek długoletnich krwotoków z dużych i licznych guzów. Operacyja 7/5 1888. Przebieg bezgorączkowy. Obecnie zupełnie zdrowa.

78. Jonasz V., pisarz pokątny, lat 39 liczący, z Krakowa. bardzo niedokrewny wskutek uporczywych krwotoków lat przeszło 20 trwających. Operacyja 17/5 1888. Przebieg bezgorączkowy. Niemożność oddawania moczu przez 8 dni. Obecnie zupełnie zdrów.

79. Rafał P., kupiec, lat 27 liczący, z Tarnowa, bardzo niedokrewny. Wybitnych guzów brak, przy każdym stolcu wypadają jednak liczne sine obrzękłe fałdy błony śluzowéj. Operacyja 18/5 1888. Przebieg prawidłowy, przez dwa dni stosowano cewnik. Wyleczenie zupełne (list z 25/9 1889).

80. Aron S., lat 38 liczący, kramarz, z Leżajska. 4 duże guzy, uporczywe krwotoki. Operacyja 31/5 1888. Przebieg prawidłowy, cewnik raz tylko stosowano. Obecnie zupełnie zdrów (list z 29/9 1889).

81. Berl E., kupiec lat 45 liczący, ze Żmigrodu. Mierne krwotoki od lat kilkunastu z licznych drobnych guzów. Operacyja 1/6 1888. Przebieg dobry, zatrzymanie moczu przez 2 dni. Wyleczenie zupełne (list z 25/9 1889).

82. Markus K., handlarz, lat 58 liczący, z Krakowa, bardzo niedokrewny, cierpi na krwotoki z licznych dużych guzów przeszło 20 lat. Operacyja 18/6. 1888. Przebieg prawidłowy. Obecnie zupełnie zdrów.

83. Jakób M., lat 42 liczący, kupiec, z Rozwadowa. Silne krwotoki z bardzo dużych guzów. Operacyja 21/6 1888. Przebieg bezgorączkowy. Wyleczenie trwałe (list z 2/10 1889).

84. Schabse B., wekslarz, lat 59 liczący, z Krakowa, nadzwyczaj niedokrewny. Hemoroidy (bardzo duże guzy) ma od lat prawie 30. Operacyja 12/7 1888. Przebieg normalny. Obecnie zupełnie zdrów.

85. Leib M., kupiec, lat 48 liczący, z Żółkwi, cierpi od kilkunastu lat na znaczne krwotoki przy każdym stolcu. Guzy hemoroidalne duże po części owrzodziałe. Operacyja 25/7 1888. Przebieg prawidłowy, zatrzymanie moczu przez 2 dni. Wyleczony wrócił do domu, gdzie obecnie zupełnem cieszy się zdrowiem. W lecie 1889 wytworzyła się przetoka gruźlicza odbytnicy, którą lekarz miejscowy Dr. Muszkiet drogą operacyjną usunął.

86. Lazar S., wekslarz, lat 61 liczący, z Krakowa, chory od kilku lat. Operacyja 31/7 1888. Przebieg prawidłowy. Wyleczenie zupełne.

87. Pinkus W., (patrz Nr. 28) operowany przed 4-ma laty zgłosił się z recydywą. 5 guzów wielkości wiśni, znaczne krwotoki. Operacyja 4/8 1888. Przebieg bezgorączkowy, kateter przez 2 dni. Obecnie (list z 25/9 1889) zupełnie zdrów.

88. Józef S., wyrobnik, lat 50 liczący, z Galicyi wschodniéj, cierpi od lat 12 na znaczne krwotoki z 4-ech dużych guzów. Operacyja 19/8 1888. Przebieg normalny, kateter stosowano przez 3 dni. Z powodu niedokładności adresu nie zdołałem zasięgnąć wiadomości o obecnym jego stanie.

89. Zwetla S., lat 44 licząca, żona szynkarza z Podola. Liczne guzy hemoroidalne i przetoka odbytnicowa. Operacyja na 2 zawody 29/8 i 14/9 1888. Przebieg prawidłowy. Kraków opuściła wyleczona. Obecny stan nieznany z tych samych przyczyn co i w poprzednim przypadku.

90. Jakób B., wekslarz, lat 52 liczący, z Krakowa, chory od 15 lat. Liczne duże guzy. Operacyja 4/9 1888. Przebieg prawidłowy. Wyleczenie zupełne.

91. Berisch W., lat 39 liczący, szynkarz, z Bezbrodów. Mierne krwotoki z 5 drobnych guzów. Operacyja 18/9 1888 r.

[1]) Na têm Redakcyja uważa dyskusyję za zamkniętą.

Przebieg prawidłowy, zatrzymanie moczu przez 2 dni. Obecnie zupełnie zdrów.

92. Hersch B., kupiec, lat 50 liczący, z Działoszyc cierpi od kilku lat na krwotoki odbytnicowe i katar pęcherza. Operowany 24/9 1888. Przebieg bezgorączkowy z wyjątkiem 2 pierwszych dni (38·5°) wyleczony. Obecny stan zdrowia nieznany.

93. Hirsch Sch., szynkarz lat 50 liczący, z Krakowa, cierpi na krwotoki hemoroidalne od lat 20. Przypalenie 6 dużych guzów 29/9 1889. Ciepłota przez 3 pierwsze dni wahała się między 38° a 38·5°. Mocz odprowadzano cewnikiem przez cały tydzień. Obecnie zdrów zupełnie.

94. Chiel S., lat 37 liczący, ze Stobnicy. Od kilkunastu lat bardzo znaczne krwotoki z nadmiernie dużych guzów hemoroidalnych. Operacyja 2/10 1888. Przebieg prawidłowy. Wyleczenie. Obecny stan nie wiadomy.

95. Nusen H., kupiec lat 30 liczący, z Nowego Miasta. Mierne krwotoki peryjodycznie się powtarzające z licznych drobnych guzów. Operacyja 4/10 1888. Przebieg prawidłowy, cewnik stosowano przez 3 dni. Wyleczenie zupełne (list z 28/8 1889 r.).

96. Jakób H., syn pacyjenta Nr. 40, szlifirz dyjamentów z Antwerpii, lat 37 liczący. Uporczywemi krwotokami dużych guzów spowodowany, wrócił do Krakowa, by tu poddać się operacyi w dniu 11/10 1888. Przebieg prawidłowy, mocz odprowadzano cewnikiem przez 5 dni. Obecnie zupełnie zdrów.

97. Jakób R., szynkarz lat 51 liczący, z Bardyjowa, bardzo niedokrewny wskutek długoletnich krwotoków. Badanie wykazuje cały pakiet guzów, dochodzących wielkości orzecha włoskiego. Operacyja 16/10 1888. Kateter przez 3 dni. Jak wynika z listu z dnia 24/10 1889, obecnie zupełnie zdrów.

98. Izrael W., lat 30 liczący, z Nowego Sącza, cierpi od kilkunastu lat na znaczne krwotoki. Badanie wykazuje oprócz licznych guzów wielkości wiśni przetokę odbytnicową. Operacyja na 2 zawody 1/11 i 21/11 1888. Przebieg prawidłowy; obecnie zupełnie zdrów.

99. Izrael G., lat 28 liczący, z Będzina, od 2 lat pojawiają się obfite krwotoki w odstępach kilkotygodniowych. Guzy wielkości śliwki miejscami owrzodziałe. Operacyja 7/11 1888. Przebieg bezgorączkowy, zatrzymanie moczu przez 2 dni. Obecnie zupełnie zdrów.

100. Józef F., handlarz lat 55 liczący, z Mielca, bardzo wynędzniały, niedokrewny, cierpi na krwotoki od lat kilkunastu. Badanie wykazuje 5 guzów wielkości śliwki. Operacyja d. 8/11 1888. Przebieg przez pierwszych dni 8 zupełnie bezgorączkowy. 9-go dnia wystąpiły objawy ostrego zapalenia pęcherza z gorączką, dochodzącą do 40°, wywołanego przez nie dość ostrożne zakładanie cewnika. Stan ten utrzymywał się przez 10 dni, poczem pacyjent wrócił do domu. W lipcu 1889 widziałem pacyjenta w stanie zupełnego zdrowia.

101. Szymon O., nauczyciel lat 40 liczący, z Chrzanowa. Niedokrewność nader wysokiego stopnia wskutek długotrwałych obfitych krwotoków z 4 guzów wielkości orzecha włoskiego. Operacyja 12/12 1888. Przebieg prawidłowy, wyleczenie zupełne (list z 25/9 1889).

102. Rozalija M., lat 30 licząca, z Krakowa, nader wątła długotrwałemi krwotokami z guzów wypadających przy każdym stolcu wyniszczona. Odpalenie 5 guzów 4/2 1889. Przebieg bezgorączkowy. Obecnie zupełnie zdrowa.

103. Markus A., wekslarz lat 55 liczący, zamieszkały w Krakowie, krwotokami od lat kilkunastu trwającemi do tego stopnia osłabiony, że tylko z trudnością zdoła się poruszać i całe dnie spędza w łóżku. Badanie wykazuje pakiet guzów, dochodzących razem wielkości bułki. Operacyja 18/2 1889. Przebieg bezgorączkowy. Potrzeba kateteryzowania zachodziła przez 5 dni. Obecnie odzyskawszy zdrowie oddaje się swemu codziennemu zajęciu.

104. Abraham W., kramarz lat 43 liczący, z Bardyjowa, cierpi od lat 20 na hemoroidy. Odpalenie 6 guzów osadzonych na szerokiéj podstawie d. 7/3 1889. Ciepłota prawidłowa z wyjątkiem 3-go dnia. Mocz odprowadzono cewnikiem tylko w pierwszym dniu. Wyleczenie zupełne.

105. Jakób D., właściciel browaru, lat 40 liczący, z Liska, cierpi od lat 10 na krwotoki odbytnicowe od czasu do czasu w dłuższych przerwach się pojawiające. Silnie zbudowany, dobrze odżywiony, wcale nie niedokrewny. Liczne guzy hemoroidalne wielkości wiśni. Operacyja 30/3 1889. Przebieg normalny, od czasu operacyi krwotoki się już nie powtórzyły.

106. Markus J., handlarz jaj, lat 45 liczący, z Podgórza, cierpi na krwotoki występujące po każdym stolcu od kilkunastu lat. Od 2 dni chory nie potrafił już wypadniętych na zewnątrz guzów odprowadzić. Zawezwany 10/4 1889 r. znalazłem pakiet guzów wielkości jaja strusiego zewnątrz otworu stolcowego. Guzy były mocno obrzękłe, twarde, zielono-sine, bolesne, ciepłota ciała podwyższona dochodziła do 39°, zatrzymanie moczu. Zalecono jodoform i okłady z octanu glinowego. Po ustąpieniu objawów zapalnych w przeciągu dni 14 przystąpiłem 24/4 do operacyi. Przebieg zupełnie bezgorączkowy. Potrzeba zakładania cewnika po operacyi zachodziła przez 3 dni. Obecnie pacyjent cieszy się zupełnem zdrowiem.

107. Leiser B., syn pacyjenta Nr. 84, wekslarz, lat 29 liczący, zamieszkały w Krakowie, nader blady wskutek znacznéj utraty krwi przy każdym stolcu z licznych dużych guzów hemoroidalnych. Operacyja 25/4 1889. Przebieg normalny. Obecnie zupełnie zdrów.

108. Samuel W., lat 46 liczący, służący, z Hussowa, cierpi na obfite krwotoki od kilkunastu lat. 4 duże guzy i liczne drobne. Operacyja 13/5 1889. Przebieg bezgorączkowy, zatrzymanie moczu przez 2 dni. Obecnie zdrów zupełnie (list z 2/10 1889 r.).

109. Salomon S., kramarz, lat 52 liczący, z Chrzanowa. Mierne od czasu do czasu występujące krwotoki od lat kilkunastu. Przypalenie 6 guzów 15/5 1889. Przebieg prawidłowy, kateter przez 3 dni. Wyleczenie zupełne (list z 25/9 1889).

110. Mendel F., starszy brat pacyjenta Nr. 47, ze Zborowa lat 59 liczący, cierpi od 20 lat na hemoroidy. Liczne duże guzy odpalono 29/5 1889. Przebieg normalny. Niemożność oddawania moczu przez 2 dni. Wyleczony zupełnie (list z 4/10 1889 r.).

111. Leon M., właściciel realności, w Krakowie, lat przeszło 50 liczący, cierpi na krwotoki hemoroidalne od lat kilku. 30/6 1889 usunięto 4 wypadnięte bogato unaczynione fałdy błony śluzowéj. Przebieg dalszy zupełnie prawidłowy. Obecnie pacyjent cieszy się zupełnem zdrowiem.

112. Alter B., handlarz wołów, lat 37 liczący, z Mielca, cierpi od lat kilkunastu na krwotoki kiszkowe; odżywienie ogólne wcale jednak na tem nie ucierpiało. Badanie wykazuje cały pakiet guzów, z których jeden wypadłszy uległ zgorzeli powolnéj. Polecono spokój i zasypywanie guza zgorzelinowego proszkiem jodoformowym, a po 10 dniach po odpadnięciu części obumarłéj wykonano dnia 13/7 1889 operacyję. Przebieg prawidłowy. Pacyjent obecnie czuje się zupełnie zdrowym.

113. Józef S., listonosz, z Podgórza, lat około 50 liczący od dawna cierpi na krwotoki hemoroidalne 15/7 1889 odpalono 6 dużych guzów. Przebieg bezgorączkowy. Wyleczenie całkowite doznało miernego opóźnienia przez wytworzenie się bolesnéj fissury, którą przypalono lapisem.

114. Lemel H., lat 35 liczący, handlarz nierogacizny, z Radomyśla, cierpi na krwotoki od lat 10. Wypalenie 5 guzów wielkości śliwki 16/7 1889. Przebieg bezgorączkowy, kateter stosowano tylko raz jeden. Wyleczony.

115. Salomon W., lat 35 liczący, urzędnik, w Krakowie zamieszkały, cierpiał już przed 20 laty jako uczeń gimnazyjalny na krwotoki po stolcu. Obecnie przybrało cierpienie tak znaczne rozmiary, że pacyjent już nie jest w stanie pełnić swych obowiązków. Wypalenie 7 guzów 16/7 1889. Przebieg bezgorączkowy, powikłany tylko jednorazowym napadem kolki nerkowéj (podejrzenie na kamień). Obecnie pacyjent zupełnie zdrów i oddaje się swemu zajęciu.

116. Józef G., ajent, lat 44 liczący, z Krakowa, ciągłemi od lat kilkunastu trwającemi krwotokami mocno wycieńczony. Operacyja (odpalenie 6 guzów) 4/8 1889. Przebieg prawidłowy. Obecnie zupełnie zdrów.

117. Izrael M., lat 68 liczący, ze Smolnika, cierpi od dawna na hemoroidy i katar pęcherza. Odpalenie 5 dużych guzów 6/8 1889. Przebieg w pierwszym tygodniu bezgorączkowy, w 2-gim i z początkiem trzeciego zakłócony zaostrzeniem się kataru pęcherzowego, wywołanem nie dość ostrożną manipulacyją z cewni-

kiem. Pacyjent opuścił Kraków z raną wyleczoną i nieznacznym nieżytem pęcherza.

118. Abraham B., kupiec, lat 32 liczący, z Wiślicy. Krwotoki obfite od 6 lat. Odpalenie 4 dużych guzów 11/8 1889. Przebieg prawidłowy. Wyleczenie.

119. Tewel B., handlarz zboża, lat 43 liczący, z Łeńczyc, bardzo niedokrewny. Liczne duże guzy wychodzą przy każdym stolcu. Operacyja 13/8 1889. Przebieg prawidłowy, kateter musiano zakładać przez cały tydzień. Wyleczony.

120. Mojżesz S., służący, lat 41 liczący, z Tarnowa, bardzo niedokrewny i wynędzniały wskutek uporczywych krwotoków od lat prawie 20 trwających. Operacyja (odpalenie 7 dużych guzów) 16/8 1889. Przebieg pooperacyjny powikłany zapaleniem dławcowem płuc. Wyleczenie zupełne.

121. Samuel D., kupiec, lat 49 liczący, z Krakowa, pochodzi z rodziny, w której hemoroidy bardzo często się przytrafiają. Sam cierpi od kilkunastu lat na znaczne krwotoki przy każdym stolcu. Operacyja 14/9 1889. Przebieg bezgorączkowy. Wyleczony.

Jak z przytoczonych dopiero co historyj chorób wynika wykonaliśmy operacyję hemoroid 121 razy na 120 chorych (113 mężczyzn, 7 kobiet), a mianowicie 120 razy z wynikiem pomyślnym.

Jeden tylko pacyjent (Nr. 46) zmarł w 24 godzin po operacyi wśród zupełnej euforyi nagle z porażenia serca, wyniku niepomyślnego nie można więc wcale klaść na karb zabiegu chirurgicznego. Z chorób przyrannych raz tylko widzieliśmy ropnicę w formie względnie lekkiej, to też proces zakończył się wyzdrowieniem; przyczyny tego powikłania szukać należy w niedość skrupulatnem przestrzeganiu przepisów antiseptyki podczas operacyi. Innych powikłań oprócz wspomnianego już krwotoku w przypadku Nr. 39 nie widzieliśmy.

Wynik korzystny operacyi w zasadzie bywał trwałym. U dwóch tylko pacyjentów rozwinęła się po 4, a względnie 3 latach recydywa, zmuszająca jednego z nich do poddania się ponownej operacyi. 100 pacyjentów cieszy się bez przerwy dobrem zdrowiem, o obecnym zaś stanie 16 klijentów niezdołano zasięgnąć pewnych wiadomości. U jednego pacyjenta (Nr. 85) rozwinęła się w rok po operacyi przetoka gruźlicza, dla której trudno szukać związku przyczynowego z operacyją. Jeden wreszcie pacyjent umarł w ½ roku z choroby żołądka. Do następowego zwężenia kiszki, a względnie otworu stolcowego, nie przyszło u żadnego chorego.

Największa liczba naszych pacyjentów (85) zgłaszała się z prośbą o radę między 30, a 50-tym rokiem życia (zgodnie ze statystykami innych autorów); widocznie w tym okresie życia cierpienie to bywa najczęstsze. Niżej lat 20 nie mieliśmy wcale pacyjenta, choć znane są w literaturze przypadki guzów hemoroidalnych i u dzieci. Natomiast nie brakło i starców szukających u nas skutecznej pomocy.

Liczba 121 operacyi, z których 70 przypada na pięciolecie kierownictwa kliniki chirurgicznej profesora Mikulicza, a 51 na dwuletni okres méj praktyki prywatéj choć nie dorównywa statystykom Smitha, Mathewsa[1]) i innych, wcale jest pokaźną, jeżeli tylko spojrzymy na sprawozdania Körtego[2]), Leisrinka[3]), Israela[4]), Watza[5]), Billrotha[6]) i wielu innych, którzy wspominają zawsze tylko o kilku przypadkach hemoroid operowanych. Jeden tylko Krönlein[7]) mówi o Langenbecku, że wykonał operacyję swoim sposobem kilkaset razy. Przyczyny częstości téj operacyi w naszych stronach niezaprzeczenie w tem szukać należy, że praktyka chirurgiczna u nas największym cieszy się rozgłosem wśród publiczności izraelickiéj, a ta zwłaszcza część jéj pobożna nader często cierpieniu temu podpada, jak na to już zwrócił uwagę Burów[1]) na 53 zjeździe przyrodników i lekarzy niemieckich w Gdańsku. Jeden rzut oka na naszą statystykę stwierdza w zupełności to twierdzenie Burowa i na 120 chorych było tylko 7 chrześcijan, a 113 izraelitów, a z tych ostatnich 108 należało do partyi ściśle przepisów przestrzegającéj. Przyczyny częstego zapadania izraelitów na choroby odbytnicy, a zwłaszcza na hemoroidy, nie tyle szukałbym wraz z Sinaiem[2]) w długiem ślęczeniu w latach młodocianych nad księgami talmudu, ile raczéj w fałszywem tłomaczeniu przepisów, wymagającem codziennego stolca przed modlitwą poranną. Ogromna większość moich pacyjentów w tym kierunku badana zeznawała, że najczęściéj tylko z wielkiem wysileniem i nadzwyczajnem parciem zdołała zadość uczynić tym domniemanym postulatom rytualnym. Za słusznością tego twierdzenia przemawiałaby i ta okoliczność, że izraelitki nie przestrzegające tego przepisu w bardzo nieznacznéj tylko liczbie zapadają na hemoroidy. Czy i o ile cierpienie to w myśl teoryi Gaya[3]) i Neelsena jest wynikiem zaburzeń nerwowych, nie zdołałem na materyjale naszym rozstrzygnąć. Natomiast trudno zaprzeczyć, że w wielu razach cierpienie to bywa dziedzicznem, choć równie snadnie możnaby rzec, że równe nawyczki u ojców i synów do równych prowadziły zboczeń. A teraz jeszcze słówko „o siedzącym trybie życia“, który po wszystkich podręcznikach pierwsze zajmuje miejsce między przyczynami wywołującemi hemoroidy. W statystyce naszéj zdanie to nie znajduje wcale poparcia. Badałem w tym kierunku prawie wszystkich chorych i znalazłem, że tylko u 21 mogła być mowa o siedzącym trybie życia, reszta zaś prowadziła żywot nader ruchliwy i zaledwie w ciągu dnia przez kilka wolnych chwil zdołała odpocząć na stołku lub ławce. Nie przeczę, że długie siedzenie może upośledzić funkcyje przewodu pokarmowego, prowadzić do zastojów kałowych, a w dalszem następstwie do zaburzeń w krążeniu żylnem w jamie brzusznéj, ale liczba tych hemoroidaryjuszów u nas przynajmniéj jest znikająco małą w porównaniu z tymi, którzy podpadają téj chorobie mimo, że cały dzień spędzają stojąc i goniąc za interesami.

Na tem miejscu uważam sobie za miły obowiązek złożyć serdeczne dzięki JWP. profesorowi Rydygierowi za tyle łaskawe i uprzejme użyczenie mi historyj chorób z archiwum kliniki chirurgicznéj.

[1]) *Some observations after 1000 operations for hämorrhoids, Journ of. the Americ. med. ass.* 1888. II. — [2]) *Arch. fr. kl. Chir.* T. 25. — [3]) *Arch. fr. kl. Chir.* T. 26 i 28. — [4]) *Arch. fr. kl. Chir.* T. 20. — [5]) *Arch. fr. kl. Chir.* T. 21. [6]) *Arch. fr. kl. Chir.* T. 10. — [7]) *Arch. fr. kl. Chir.* dodatek do T. 21 str. 181.

[1]) l. c. — [2]) *Centralblatt fr. Chir.* 1880 str. 722. — [3]) *Jahresbericht* Virchowa i Hirscha 1881.

## V. Oceny i sprawozdania.

### Patologija.

Podbielski: **Zwyrodnienie skrobiowate trzustki.**

Kwestyja zwyrodnienia skrobiowatego trzustki nie jest dotychczas wszechstronnie opracowaną. Wielu autorów wyraża się o tem przedmiocie krótko a często nawet sprzecznie. Tak n. p. Rokitansky przypuszcza zwyrodnienie skrobiowate w samych komórkach trzustkowych, i twierdzi, że może ono występować nawet wyłącznie w saméj trzustce. Inni zaś twierdzą, że zwyrodnienie takie zajmuje tylko ścianki naczyń i nigdy nie występuje samodzielnie, ale zawsze łączy się ze zwyrodnieniem w innych narządach. Ze względu na taki stan

kwestyi zasługują wszelkie dalsze badania w tym kierunku na szczególną uwagę.

Autor zbadał 12 skrobiowato zwyrodniałych trzustek i przyszedł do następujących wyników. Makroskopowo można było we wszystkich trzustkach stwierdzić większy lub mniejszy stopień niedokrewności. Barwa była rozmaita, najczęściéj szarawo czerwona lub żółto-czerwona. Zbitość rozmaita od miękkiéj aż do chrząstkowatéj, przyczyną tego było, że równocześnie ze zwyrodnieniem skrobiowatem występowało najczęściéj i zwyrodnienie tłuszczowe komórek gruczołowych. Zbitość więc narządu zależała od tego, która z tych dwóch spraw przeważała. Rozmiary narządu i jego ciężar były zwykle powiększone.

Mikroskopowo we wszystkich przypadkach wykazano zwyrodnienie skrobiowate drobnych i średnich tętniczek, a także i naczyń włosowatych. Daléj we wszystkich przypadkach, prócz jednego, było zwyrodnienie tłuszczowe komórek gruczołowych, w jednym znaczny rozrost tkanki łącznéj międzyzrazikowéj i zwyrodnienie skrobiowate włókien tejże, a wreszcie w jednym zanik składników gruczołowych.

Zwyrodnienie to znalazł autor 6 razy u mężczyzn i 6 razy u kobiet, przeważnie w wieku 40—50 lat. Najczęstszą chorobą towarzyszącą temu zwyrodnieniu była grużlica (5), kiła (4) i t. d. Równocześnie z trzustką najczęściéj zajętą była śledziona (12 razy), potem wątroba (11), nerki (11) itd.; 12 trzustek zbadanych przez autora wypadło na 122 sekcyje.

W końcu porusza autor kwestyję rozpoznania za życia zwyrodnienia skrobiowatego trzustki. A mianowicie według jego zdania po wykluczeniu zatkania przewodu trzustkowego i raka trzustki, za podstawę dla rozpoznania może służyć zwiększona ilość tłuszczów i skrobi w kale chorych. (*Wracz*, 1889, Nr. 27). *A. W.*

## Bakteryjologija.

† Prof. Netter wykazuje, że w ciele zupełnie zdrowego człowieka znajdują się zawsze ogniska, z których tenże może zarażać się mikrobami. Autor zbadał obecnie w tym kierunku jamę ustną i gardło. Pomijając bakteryje nieszkodliwe znalazł u zupełnie zdrowych ludzi następujące niewątpliwie chorobotwórcze: 1) *Pneumococcus Fraenkeli*, który podług niego znajduje się u ludzi, którzy nigdy nie chorowali na zapalenie płuc włóknikowe w 20%, u tych zaś, którzy mieli kiedykolwiek tę chorobę, w 80%. 2) *Streptococcus pyogenes* w 5·5%. 3) Prątek z osłonką Friedländera w 4·5% i 4) *Staphylococcus pyogenes* prawie u wszystkich.

Jest rzeczą oczywistą, że obecność mikrobów w jamie ustnéj, zkąd one mogą się dostawać do sąsiednich narządów, jest bardzo niebezpieczną. Tą właśnie drogą tłómaczy prof. N. powstanie zapalenia płuc krupowego, zapalenia oskrzeli płucnych, ropnego zapalenia opłucnéj, przyczem mikroby dostają się przez drogi oddechowe; zapalenia ucha średniego drogą trąbki Eustachijusza; a prawdopodobnie mają tu swe źródło i niektóre zapalenia opon mózgowych.

Obecność mikrobów w jamie ustnéj tłómaczy autor warunkami sprzyjającemi ich rozwojowi, a mianowicie ciepłotą i alkalicznością śliny. Dla tego to u osób, które chorowały na zapalenie płuc włóknikowe, ślina tak często zawiera *pneumococcus Fraenkeli*, a u tych, którzy mieli różę, *streptococcus pyogenes* (autor uważa *strept. pyogenes* za identyczny z *strept. erysipelatis*).

Dostaniu się tych prątków do jamy ustnéj sprzyjają zapewne bardzo często szpitale, a ponieważ prątki te pozostają i u ludzi, którzy już wyzdrowieli, przeto i tacy mogą być źródłem zarazy. To, że te bakteryje tak rzadko wywołują choroby, tłumaczy autor 1) kwasotą soku żołądkowego, 2) niesprzyjającym temu kierunkiem przewodów łączących się z jamą ustną u dorosłych i 3) przybłonkiem migawkowym oskrzeli. Choroba zaś powstaje w razie usposobienia do tego pojedynczych narządów n. p. płuc wskutek rozmaitych zaburzeń w krążeniu jakoteż i usposobienia całego ustroju. Zresztą i jadowitość samych mikrobów nie zawsze bywa jednakową. Tak n. p. podczas zapalenia płuc ślina jest jadowitą a w 15 dni po przesileniu jadowitość znika, aby zjawić się znowu po 25 dniach.

Autor podaje jeszcze ciekawe spostrzeżenie, a mianowicie badając często ślinę jednego człowieka, która zawierała pneumokoki, widział, że jadowitość zwiększała się proporcyjonalnie do zwiększania się częstości przypadków zapalenia płuc w mieście.

Z tego wszystkiego wynika, że należy starać się o zniszczenie mikrobów znajdujących się w jamie ustnéj. (*Revue d'hygiène*, 20 czerwca).

## Chemija lekarska.

† Dr. Brusianin zajmuje się w swojéj rozprawie pytaniem, do jakiego rodzaju ciał należą niestrawione części azotowe pokarmów zawarte w kale. W tym celu zbadał on w pracowni prof. Dobrosławina produkty sztucznego trawienia surowego i gotowanego mięsa i chleba czarnego na zawartość w nich nukleiny. Co do mięsa surowego okazało się, że nukleiny znajduje się w pozostałości po sztucznem trawieniu 0·47—0·62%, co przeprowadzone na N (azot) wyniesie 1·5—2·3% całego azotu, który podlegał trawieniu. Ponieważ w takiéj saméj ilości znajduje się N w kale ludzi prawidłowo trawiących i karmionych mięsem, czyni autor wniosek, że cały N w kale takich ludzi jest częścią składową nukleiny, i że w kale białka nie ma wcale. Ztąd wynika, że przy doświadczeniach nad przemianą materyi nie należy z ilości znalezionego w kale azotu obliczać ilość znajdującego się białka. Zupełnie te same wyniki otrzymał autor dla mięsa wygotowanego. Co do chleba czarnego, to produkt pozostały po sztucznem trawieniu da się rozdzielić na 2 części: jedną nierozpuszczalną w alkali gryzącem i drugą rozpuszczalną. Pierwsza składa się przeważnie z osłonek ziarna i zawiera dużo N, który jednak musi ginąć dla organizmu z powodu nierozpuszczalności tych osłonek w sokach trawienicowych. Druga zaś część zawiera do 1·5% N znajdującego się w chlebie, a N ten niewątpliwie pochodzi z nukleiny i to sulfo-nukleiny Mitscherlicha. Obliczając ilość N nukleiny chleba autor oznacza go mniéj lub więcéj na 3% N całego chleba. Z tego wynika, że resztki niestrawione zawierające N po mięsie surowem i gotowanem są nukleiną, a resztki po czarnym chlebie zawierają 3% N należącego do nukleiny. (*Dysertacya St. Perestb.*, 1889). *A. W.*

## Farmakologija.

Alfred Garrod: **O używaniu siarki w rozmaitych zboczeniach przewodu pokarmowego.**

G. używa od wielu lat w chorobach przewodu pokarmowego i wątroby, daléj w dnie gośćcowéj, w przewlekłym gośćcu mięśniowym i w niektórych chorobach skórnych przez dłuższy czas małych dawek siarki (3—4 decigramów) z najlepszym skutkiem. Siarka służy jako środek pobudzający prawidłowy ruch robaczkowy i działa tem samem lekko przeczyszczająco. Jest prawdopodobnem, że żołądek sam tylko mało przez siarkę zostaje zmienionym, gdyż kwaśno oddziaływająca treść żołądka nie może jéj rozpuścić. Dopiero przy przejściu do dwunastnicy zamienia się siarka wskutek obecności alkalicznie oddziaływającéj żółci i wydzieliny trzustkowéj po większéj części w rozpuszczalny siarkan, który dostawszy się do naczyń bramnych przechodzi najpierw przez wątrobę, a następnie przez żyły wątrobowe dostaje się do ogólnego obiegu krwi. Z krwi wydziela się siarka częścią przez skórę, częścią przez błonę śluzową, co można tem udowodnić, że srebro metaliczne, po dłuższem zetknięciu z skórą tych chorych czerni się i że czuć można woń kwasu siarkowodowego w powietrzu wydechanem. Garrod zbiera swoje doświadczenia o leczniczéj wartości siarki przy wewnętrznem używaniu jak następuje: 1. Dobre wyniki można tym środkiem tylko wtedy osiągnąć, jeżeli się podaje bardzo małe dawki siarki, 3 do 4 decigramów dziennie, lecz przez dłuższy czas, przez miesiące, a nawet lata. Pigułki zawierające te małe ilości siarki i 1 decigram *Cremor tartari*, chorzy wyśmienicie znoszą i to przez dłuższy nawet czas bez najmniejszych dolegliwości. Siarka nie jest obcym składnikiem dla ustroju, lecz zawarta jest w najważniejszych częściach krwi, mięśni, w żółci i ślinie. 2. Siarka, w opisany sposób przez dłuższy czas używana, działa dobrze w rozmaitych chorobach przewodu pokarmowego i wątroby, a szczególnie w przypadkach leniwego działania wątroby, w guzach krwawnicowych i nawykowem zaparciu stolca, niekiedy także w chorobach skórnych, w przewlekłéj postaci dny gośćcowéj i gośćca mięśniowego. (*W. med. Bl.*, 1889, Nr. 29).

Rabow: **O hyoscynie, jéj wskazaniach i dawce.**

Najlepsze oddawał usługi mu ten środek, jako lek uspa-

kajający u podnieconych obłąkanych. Jako środek nasenny nie zasługuje z powodu stosunkowo znacznéj dawki, w tym celu potrzebnéj, na polecenie. Podawanie wewnętrzne zasługuje na pierwszeństwo przed podskórnem, ponieważ chorzy przy pierwszem nie tak bardzo podupadają. Z objawów pobocznych spostrzegał R. suchość w gardle, pragnienie, ból brzucha, rozszerzenie źrenic i t. d. po długo trwającem używaniu hyoscynu, nigdy jednak nie widział innych zatrważających objawów. R. zapisuje: *Hyoscini hydrojod. 0·01, Aq. dest. 10 0.* Z tego jako pierwszą dawkę 8 kropli (= 1/3 mgr.); powoli dochodzi do 12 tu kropel (= 1/2 mgr.). Przyzwyczajenie występowało, ale bardzo powoli. (*Ther. Monatsch.*, sierpień, 1889).

## Medycyna wewnętrzna.

### Taylor: Cecha rozpoznawcza duru brzusznego.

W r. 1882 stwierdził Ehrlich spostrzeżenie, że mocz chorych na dur okazuje szczególne oddziaływanie, które uważać można za pewną rozpoznawczą wskazówkę. Odczynnikami są: *a)* nasycony roczyn kwasu sulfanilinowego z rozcieńczonym kwasem solnym w stosunku 1:20; *b)* półprocentowy roczyn azotanu sodowego. Oba roczyny muszą być świeże. Po ich zmięszaniu powstaje roczyn kwasu sulfanilinowego, który zawiera wolny kwas azotowy, przedstawiający w téj próbie ważny odczynnik. Próbę wykonywa się w następujący sposób: Bierze się 25 części pierwszego płynu, dodaje się część drugiego, alkalizuje się mięszaninę przez dodanie amonijaku i teraz dodaje się równą ilość moczu. Mocz prawidłowy zabarwia się przy téj próbie tylko nieco ciemniéj brunatno, przyjmując barwę wina Sherry; jeżeli mocz pochodzi od chorego gorączkującego, który jednak nie jest dotknięty durem, zabarwia się mocz jeszcze ciemniéj brunatno. Jeżeli jednak robimy próbę z moczem durowego, zabarwia się mięszanina wyraźnie czerwono, począwszy od żółtoczerwonego atramentu dwuchromanu potasowego, aż do barwy rubinowo i ciemno czerwonéj wina portowego. T. kontrolował tę próbę i twierdzi, że ona najczęściéj dopiero w ostatnich dniach pierwszego tygodnia duru daje wynik dodatni i że ona niekiedy zawodzi, jeżeli ciepłota ranna, jak to bywa niekiedy w czwartym tygodniu, zbliża się do prawidłowéj; natomiast udaje się we wszystkich przypadkach duru podczas okresu gorączki. Gdyby to oddziaływanie było wyłącznie własnością duru, mielibyśmy w niem najlepszą rozpoznawczą wskazówkę, ponieważ wyszczególnia się przed wszystkiemi innemi swoją stałą postacią, nie podlegającą żadnéj zmianie. Niestety występuje to oddziaływanie, choć rzadko, także w innych chorobach i na tem właśnie polega ujemna strona próby. Doświadczenia przeprowadził z moczem prawidłowym, chorych na zapalenie nerek, na serce, pląsawicę, odrę, ostrą gruźlicę, zapalenie płuc płatowe i zrazikowe i czyni następujące wnioski o znaczeniu próby Ehrlicha: Brak jéj jest w praktyce cenną wskazówką do wykluczenia duru pod warunkiem, że choroba najmniéj już 6 dni trwa i ciepłota nie była w przybliżeniu prawidłową. Obecność oddziaływania pozwala z wielkiem prawdopodobieństwem przypuszczać, że mamy do czynienia z durem, ale nie można tego jeszcze przyjąć za zupełny rozpoznawczy dowód. Tu należy zauważyć, że próba występuje tylko w chorobach, nie mogących dać powodu do pomięszania z durem i dla tego wspomniane wyjątki przy rozpoznawaniu tylko małe mają znaczenie. (*Wien. med. Blätter* 1889, Nr. 29).

*Dr. Baschkopf.*

## Chirurgija.

### Chiari: O ropotoku jamy Highmora.

Przyczynę tego, że do niedawna jeszcze tak nieliczne spotykało się w literaturze wzmianki o tem cierpieniu upatruje autor w błędnem pojęciu lekarzy, iż ropotok j. H. musi wywołać znaczne zniekształtnienie twarzy, lub przynajmniéj wypuklenie wewnętrznéj ściany jamy ku jamie nosowéj, a ponieważ objaw ten, niby charakterystyczny, częsty przy torbielach j. H., jest, jak nowsze wykazały badania, rzadkim przy ropotoku, przeto wielokrotnie musiano cierpienie to przeoczać. Pierwszy Ziem, opisawszy dokładnie *Empyema a. H.*, zwrócił na to uwagę. Jako przyczynę, z któréj ropotok j. H. bierze swój początek uważają niektórzy katary nosowe (Zuckerkandl, Krause, Hartmann, Bronner) inni *caries dentis* (Rokitansky, Koenig, Walb, Fraenkel, Ziem). Jedno i drugie zapatrywanie poprzeć można licznemi i słusznemi dowodami z kazuistyki téj choroby, a jakkolwiek w danym przypadku trudno nieraz dociec, zkąd ropotok wziął swój początek, gdyż dziś prawie nie ma człowieka, któryby na zęby lub katar nie cierpiał, to jednak autor, na podstawie innych i siedmiu przez siebie operowanych przypadków, skłania się do przypuszczenia jako częstszéj przyczyny *caries dentis*, nie wykluczając jednak zupełnie i drugiéj możliwości. Rzadziéj wywołują *Empyema A. H.* ciała obce, urazy, nowotwory, *necrosis* ścian jamy lub zamknięcie *ostium maxillare* (Zuckerkandl).

Jako punkta rozpoznawcze dla ropotoku j. H. na podstawie najnowszych badań (Ziem, Fraenkel, Walb, Schoeller, Krause) uważać należy:

1. Wypływ ropy i to okresowo występujący z jednego otworu nosowego.

2. Przebyte lub istniejące jeszcze zapalenie okostny zębów szczęki górnéj po téj saméj stronie.

3. Wykazanie zapomocą wziernika nosowego ropy w okolicy *hiatus semilunaris*, która usunięta znów po pewnym czasie w tym samem miejscu się pokazuje.

4. Zwiększenie się wypływu z nosa przy przegięciu głowy ku przodowi i dołowi, co służyć może zarazem do odróżnienia od wypływu z jamy czołowéj, gdyż takowy przy podobnym ruchu ustaje.

5. Ból lub uczucie ciśnienia w szczęce górnéj (objaw niestały).

6. Wykluczenie owrzodzeń, ropienia, obcych ciał, nowotworów lub obumarcia kości w samym nosie.

W przypadkach wątpliwych możnaby po wyjęciu zęba górnego trzonowego od zębodołu otworzyć jamę Highmora lub uciec się do sposobu M. Schmidta, t. j. do nakłucia zewnętrznej ściany nosa popod dolną muszlą za pomocą silnéj kaniuli i wyciągnięcia strzykawką Pravaza treści z j. H., lub do opukiwania (według Linka) od jamy ustnéj *antrum* przy pomocy drewnianego wałeczka, który to jednak sposób zdaniem autora niepewne daje wyniki. Leczenie ropotoku j. H. polega na usunięciu przyczyny a więc, stosownie do przypadku, na oddaleniu obcego ciała, obumarłych kawałków kości, wyrwaniu zepsutych zębów lub leczeniu kataru nosa, oraz na przywróceniu do stanu prawidłowego schorzałéj błony śluzowéj j. H., gdyż samo usunięcie przyczyny, która ropotok wywołała, zazwyczaj nie wystarcza. W tym celu więc stosuje się pilnie przepłukiwania i to albo przez *ostium maxillare* lub przez znachodzące się przypadkowo *ostium accessorium*, już to posługując się przy tém stosownem ułożeniem chorego (Jelenffy), już téż rurką przez otwór ten wprowadzoną (Hartmann), a nawet resekując dla łatwiejszego przystępu średnią muszlę (Hartmann), przy czem jednak nadmienić wypada, iż takie wprowadzenie kaniuli czy rurki do *ostium* na wielkie nieraz napotyka trudności. Inny sposób uzyskania dostępu do j. H. w celu przepłukiwania tejże polega na zrobieniu sztucznego otworu czy to według Desaulta przez wydłutowanie w *fossa canina*, czy w podniebieniu twardem lub w *radix proc. zygomat.*, czy też od jamy nosowéj, jak to polecał Zuckerkandl, a później Mikulicz, sporządziwszy osobne w tym celu narzędzie. Takie utorowanie sobie drogi do j. H. od jamy nosa ma pewne zalety, ropa bowiem nie wpływa do jamy ustnéj a nadto nie dostają się ani pokarmy ani grzybki gnilne z ust do j. H., co ułatwia i przyspiesza wyleczenie. A jednak na niekorzyść znów téj metody przemawia: wielka bolesność samego zabiegu, krwotok nieraz znaczny i to, że wprowadzanie kaniuli lub drenu tą drogą jest o tyle trudnem, iż chory sam tego sobie robić nie może.

Najwięcéj jeszcze w użyciu jest metoda Coopera, polegająca na zrobieniu otworu od jamy ustnéj przez zębodół po wyrwaniu zęba, co przy zastosowaniu kokainy nie sprawia nawet wielkich bolów.

Takie przepłukiwania, do których używa się płynów przeciwgnilnych, stosowane pilnie, sprowadzają zwykle wyleczenie; wprawdzie leczenie trwa długo, kilka nawet kilkanaście miesięcy a w przypadkach zastarzałych nieraz dłu-

żéj. Wtedy poleca Schech wydłutowanie dużego kawałka kości z przedniéj ściany i wytamponowanie jamy, a Krause po przepłukaniu przez otwór od jamy nosa zrobiony zapruszenie całéj j. H. jodoformem, przez następne zaś dni jodolem bez poprzedniego przepłukiwania, które powtórzyć należy dopiero wtedy, gdy wydzielina znów obficiéj się pokaże. Autor nie stosował sam tego sposobu leczenia, lecz potem go wypróbował, gdyż według podania Krausego skraca on cierpienie i nawet w rozpaczliwych przypadkach pewne wyleczenie sprowadza. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1889. Nr. 48 i 49). *Dr. Langie.*

## Choroby kobiece.

Dr. Linhart: **Działanie kwasu salicylowego na macicę.**

Autor przeczy na wstępie twierdzeniu Wackera, jakoby lekarze niemieccy nieznali ubocznego działania przetworu kw. salicylowego na macicę, a objawiającego się u niektórych kobiet w dążności do wywoływania poronień i silnych krwotoków macicznych. Na dowód tego przytacza przypadek chronicznego gośćca u kobiety młodéj, trwającego już lat 2, a bezskutecznie różnemi środkami leczonego. Jedynie tylko salicylan sodowy sprowadzał ulgę na pewien przeciąg czasu. Po każdorazowem jednakowoż zażyciu tego leku występowały silne bóle w krzyżach połączone z mocnym krwotokiem macicznym tak, iż dalszego leczenia przetworem salicylowym zaprzestać musiano. Autor wpadł na pomysł, czy dodanie sporyszu nie powstrzyma ubocznych a tak przykrych powikłań. Rozumowanie teoretyczne zostało uwieńczone skutkiem zupełnym. Do salicylanu sodowego dodawane *Extr. dialysat. secal. cornt.* wstrzymywało i u innych pacyjentek krwotoki i bóle krzyża. Dodać należy, iż w kazuistyce przytoczone chore nie cierpiały na żadne zboczenia w zakresie narządów płciowych. Przyczyny krwotoków i silnych miesiączkowań po zadaniu salicylanu sodowego szukać należy w działaniu porażennem tego leku na naczynia maciczne. Porażenia podobne występują także w narządzie słuchu, o czem niektórzy już się niejednokrotnie przekonali. (*Wr. med. Presse 1889, N. 50.*)

Dr. E. Ullmann: **Rak macicy opadniętéj.**

Według Kiwischa i Fritscha zwyrodnienie rakowe macicy opadniętéj należy do nadzwyczajnych rzadkości. W literaturze znane są tylko 3 przypadki. Autor opisuje przypadek tego rodzaju przez siebie badany i operowany a dotyczy on kobiety lat 80 liczącéj, u któréj opad zupełny macicy na 17 ctm. długi, a 30 ctm. w obwodzie mający trwał od lat 20. Prócz tego skonstatowano, iż część pęcherza znajduje się pomiędzy opadniętą macicą i wynicowaną pochwą, także i część przedniéj ściany odbytnicy. Miano więc przed sobą także *vesico* i *rectocele*. Rak objął wargi maciczne w postaci pierścieniowatego wrzodu na 4—5 ctm. długiego. Gruczoły limfatyczne, ani pachwinowe ani pozaotrzewnowe nie powiększone. Bóle znaczne skłoniły w podeszłym wieku znajdującą się chorą do poddania się operacyi. Wyłuszczenie całkowite macicy nie przedstawiało wielkich trudności. Nadzwyczajna rzadkość raka macicy opadniętéj przemawia przeciw przypuszczeniu, któremu wielu lekarzy hołduje, iż przyczyną téj choroby jest drażnienie pochwowéj części, spółkowaniem wywołane. Macica opadnięta więcéj narażoną jest na różnego rodzaju urazy, a mimo to tak rzadko poddaje się rakowi (*Wr. med. Presse 1889, N. 50*) *Dr. Mendelsburg.*

## Choroby uszne.

Steinbrügge H. (Giessen): **O próbach za pomocą strojnika.**

Autor nie chce odmawiać znaczenia badaniom strojnikowym, lecz uważa takowe za nieużyteczne i żadnéj wartości nie mające, jedynie o tyle, o ile nie można tym sposobem oddzielać chorób narządu słuchowego na dowolne, po części niedokładne granice i okresy. Jeżeli np. lepiéj, albo dłużéj się słyszy tony strojnikowe przez kości na jednostronnie lub więcéj dotkniętem uchu, dowodzi to tylko tego, że odpowiedni n. słuchowy znajduje się w stanie powiększonéj pobudliwości wobec fal głosowych przez przewodnictwo czaszkowe mu doprowadzonych. Nie można jednak na téj podstawie czynić wniosku, czy choroba ma siedzibę w środkowym oddziale narządu słuchowego, czy też w błędniku. Uwzględniając ten szczegół pouczymy się, że choroby ucha środkowego powikłane są ze współudziałem n. słuchowego o wiele częściéj, aniżeli się to zwykło przypuszczać, co zresztą odpowiada przypadkom klinicznym, mianowicie częstemu występowaniu szmerów podmiotowych, napadów zawrotu głowy i t. d. w t. zw. nieżytach ucha środkowego. (*Zeitschrift f. Ohrenheilk.* t. XIX). *Dr. R. Spira.*

## Choroby skórne.

Portalier: **Syphilis vaccinalis, rozróżnienie.**

Dla rozróżnienia żąda P. trzech głównych warunków: odróżnienia postaci owrzodziałéj krosty z szczepienia od przeszczepionego szankra kiłowego; odróżnienia wtórorzędnych objawów po szczepieniu od zmian następowych kiły; odróżnienia kiły z zaszczepienia od kiły dziedzicznéj. *Vaccina ulcerosa* przedstawia się jako owrzodzenie, które występuje w miejscu guzka po szczepieniu od 12-go do 15-go dnia po szczepieniu, jest dość głębokie, o brzegach gładkich, podstawie naciekłéj, z obfitą wydzieliną; otoczenie jest zaczerwienione, gruczoły chłonne obrzękłe, bolesne; niekiedy wikła się z różą. Przeciwnie zaś szankier po szczepieniu występuje zwykle po trzecim tygodniu szczepienia i przedstawia owrzodzenie, które nie jest tak głębokie jak *Vaccina ulcerosa*, podstawa jego okazuje typową stwardniałość, otoczenie bez objawów zapalnych, gruczoły chłonne zawsze obrzękłe i niebolesne, a powikłania rzadkie. Dla odróżnienia wysypki po szczepieniu od kiły po zaszczepieniu pamiętać trzeba, że pierwsza występuje od 9-go do 15-go dnia po szczepieniu i nigdy jéj nie towarzyszy zmiana do szankra podobna. Wybuchy jéj mają cechę więcéj ogólną, niż wysypki kiłowe, towarzyszy gorączka i szybko przemijają. Zmiany wtórorzędne kiły zaszczepionéj występują 9-go do 10-go tygodnia po szczepieniu, poprzedza je szankier, wysypki mają cechę kiły, są bez gorączki, dłużéj trwają i wikłają się z zmianami na błonach śluzowych. Do odróżnienia kiły zaszczepionéj od dziedzicznéj żądamy typowego szankra, umiejscowionego na kroście ospowéj z obrzmieniem gruczołów, daléj prawidłowego przebiegu kiły. W kile dziedzicznéj nigdy nie ma wrzodu stwardniałego, wybuch objawów nie jest czasowo połączony ze szczepieniem; daléj ważnemi są dla rozpoznania kiły dziedzicznéj zniekształtnienia czaszki i nosa, nieżyt nosowy, bąblica, *Pseudoparalysis*, wysypka na twarzy, przyczem uwzględnić należy i wywiady: stan zdrowia rodziców, śmiertelność ich dzieci, poronienia i t. d. (*Arch. für Derm. u. Syph.*, 1889, zeszyt 2). *Dr. Baschkopf.*

## Toksykologija.

† Dr. Rhem opisuje trzy nowe przypadki nieprzyjemnych objawów ubocznych po sulfonalu.

1) Autor zapisał 48-letniéj kobiecie, cierpiącéj na bezsenność wskutek gośćca mięśniowego, sulfonal po 1·5 na dawkę. Pierwsze 3 dawki sprowadziły tylko zmęczenie i osłabienie. Po przyjęciu zaś następnych dawek powstały: zaparcie stolca, brak apetytu, niepokój duchowy i cielesny, stan pobudzenia, tęsknotą, złudzenia i smutne omamy. Chora wpadła w stan na wpół porażenny, zbladła, oczy były ustawione nieruchomo, żrenice zwężone, głos i tętno słabe, oddech prawidłowy. Powstały również zatrzymanie moczu, przeczulica narządów zmysłowych, kurcze mięśniowe, szczególne uczucia n. p. jak gdyby posiadała 4 nogi, uczucie zimna, gorąca, przyćmienie świadomości, w rękach bezład. Chora nie mogła ani wstać ani chodzić. Po zaprzestaniu podawania sulfonalu wszystkie te objawy ustąpiły, ale bardzo powoli tak, że dopiero po 6 tygodniach chora mogła swobodnie chodzić.

2) 51-letni melancholik, któremu autor zamienił podawany przedtem paraldehyd na sulfonal, po przyjęciu jednéj 2·0 dawki skarżył się, że przez całą noc podczas snu zdawało mu się, że się pod nim łóżko kołysze. Na drugi dzień zmuszony był pozostać w łóżku wskutek ogólnego zmęczenia, stracił łaknienie i kilka razy wymiotował. Przyjęta po kilku dniach następna dawka sulfonalu wywołała te same objawy.

3) 32-letnia kobieta, nerwowa, po przyjęciu jednego grama sulfonalu (zamiast 2·0 zapisanych) skarżyła się w ciągu 4-ech dni na zmęczenie, senność, uczucie kołysania się łóżka. Narządy trawienia nie były zajęte. (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1889, Nr. 22 i 24). *A. W.*

## VI. Przyczynki do Epidemijologii Wschodu.

Podał
Dr. Władysław Jabłonowski w Burgas.
(Dok. Patrz Nr. 48).

Miasto Bagdad jest położone po obu wybrzeżach Tygru i rozpada się na dwie części połączone z sobą mostami łyżwowym i żelaznym. Od północy i południa, otaczają je wspaniałe i obszerne lasy palmy daktylowéj, przez jeden z których przebiega kolej konna łącząca prawe wybrzeże rzeki z miejscowością zwaną Kazanyeh, zamieszkałą przeważnie przez Persów. Miasto rozsiadło się na pokładach miałkiéj glinki pomieszanéj tu i owdzie z Miką, występującą w pobliżu żył bardziéj zbitéj krzemionki. Ogólna liczba ludności dochodzi do 100 tysięcy mieszkańców, jest różnolitą i podług narodowości zamieszkującą oddzielne połacie. Główne części miasta leżą po lewem wybrzeżu Tygru. Przy téjże stronie znajduje się komora celna, przed którą zwykły się zatrzymywać okręty przybywające z Bassory. Część zaś przeciwległa jest zamieszkałą przez ludność ubogą, zajmującą się przeważnie handlem karawanowym. Jest to też punkt, w którym zwykły się zbierać największe karawany, przebiegające kraj w najrozmaitszych kierunkach.

Wielką niedogodnością dla miasta tak pod względem hygienicznym jak i z powodu wygody mieszkańców, jest to brak studzien ze znośną przynajmniéj wodą. Cała więc jéj ilość do codziennego użytku pochodzi z Tygru. A jest to woda mętna, zawierająca w zawieszeniu cząsteczki glinki, i tylko po przekropleniu stająca się przeźroczystą, lecz zawsze nie smaczną. Co więcéj woda Tygru w przebiegu rzeki przez ciąg miasta jest bardzo zanieczyszczoną. Oba bowiem wybrzeża są to prawdziwe gnojowiska, ciągle zmywane prądem i ciągle się odnawiające.

Po tym pobieżnym rzucie oka na sytuacyję miasta i najważniejsze jego warunki hygieniczne zaznaczę, że pierwszy przypadek tegorocznéj tu cholery został stwierdzony w części miasta położonéj po prawym wybrzeżu Tygru. Prawdopodobnie zaraza została tam wniesioną przez podróżnych przybyłych parostatkiem z Bassory, którzy z chwilą zarzucenia kotwicy przed komorą celną, bez straty czasu przeszli przez most dla dostania się do swych domostw. Pierwszą ofiarą stał się żołnierz robotnik w rządowéj przędzalni wełny. Do 12 go sierpnia miał się on zupełnie dobrze; 13-go dostał wymiotów i biegunki i przeprowadzony do szpitala po sześciu godzinach zakończył życie. Przypadek ten został potwierdzony przez Dra Adlera.

Raz więc rozsiany, że się tak wyrażę, pierwiastek chorobotwórczy nie ustalił się na miejscu. W cztery dni późniéj zaraza szerzyła się już pośród ludności właściwego Badagdu, w częściach miasta zwanych „el Merdżan i Azab, dziesiątkując ludność izraelicką i perskich Kurdow. Ztąd przerzuciła się do części miasta „el Szech“, zamieszkałéj przeważnie przez rękodzielników i kupców, pośród których zauważano największą śmiertelność.

To są drogi, jakiemi zaraza przedostała i ustaliła się w Bagdadzie. Tutaj rozpoznanie jéj nie potknęło się o żadne trudności. To też i możebne środki ochronne dały się zastosować na czasie. Powstrzymać komunikacyję tak wodną jak i lądową z Bassorą: zabiezpieczyć miasta i wsie położone na całém północném porzeczu Tygru od przerzucenia się zarazy; daléj przedsięwziąść wszystko, by zabezpieczyć porzecze Eufratu, a głównie starać się umiejscowić chorobę w Bagdadzie i umożebnić jéj rozwleczenie się na północnowschód od stolicy prowincyj, oto co na razie było do zrobienia. Od 5-go też sierpnia piętnastodniowa kwarantana w przystaniach otomańskich została zastósowaną do wszystkiego, co pochodzi z zatoki perskiéj. W Kurna ustalono posterunek sanitarny czuwający nad żeglugą na Tygrze i Eufracie. W samym Bagdadzie oddzielono rodzajem łańcucha straży wojskowych części miasta dotknięte i urządzono w jednym z większych „karawan-serai“ szpital dla cholerycznych.

Tak się urządziwszy w stolicy prowincyi władza sanitarna zwróciła całą swą uwagę na utrudnienie przerzucenia się zarazy na północ. Za jedyny do tego środek uważano przecięcie wszelkich komunikacyj Bagdadu z dalszą okolicą. Jakkolwiek jednak działano w tym celu z pospiechem i całą surowością i tak zwykłych podróżnych jak i całe karawany poddawano ścisłym obserwacyjom sanitarnym w Bakuwa nad rzeką Dyalą i w Kifry, to pomimo to maruderów i uciekinierów z pokoleń arabskich niepodobna było ująć w karby policyi sanitarnéj. W tym zaś kłopocie, prócz trudności miejscowych, spotkano się jeszcze z koniecznością uwzględniania rozkazów nadchodzących ze stolicy państwa. Zasada czy doktryna, że środki sanitarne ochronne powinny uwzględniać interesa handlowe, powstrzymanie których zradza nędzę, a ta wywołuje choroby, spowodowały, że i w Mezopotamii chciano piękne te teoryje potwierdzić doświadczeniem. W zamiarze więc nieprzerażania ludności większych miast prowincyi obecnością posterunków sanitarnych, ustalono je w punktach, przez które przeciągają większe karawany tylko. Zamiast szybkiego rozwinięcia podwójnego co najmniéj łańcucha straży wojskowych, któryby sięgnął choćby do pustyni syryjskiéj, a nawet i daléj, ograniczono się do czuwania nad bliższą okolicą Bagdadu. W ten sposób porzecze prawego wybrzeża Tygru, pozwalało na przemykanie się małych karawan, które choć z nałożeniem drogi omijały posterunki sanitarne, przedostając się daléj na północ. Wkrótce też zaraza przerzuciła się do Szahrabonu i Khanekin; następnie do Kerkuku i Erbilu, grożąc tem samem Mossulowi. Z pierwotnego zaś swego ogniska nad Eufratem rozwlekła się do Dywanieh, Kerbeli, Kylleh i Musseibu, szerząc swe żniwo, wzmocnione jeszcze pielgrzymką Persów do grobów Hussejna i Hassana.

Tak szybkie jej przerzuty zdołały nareszcie przekonać rządzących. że w dawaniu rozkazów do zastosowania ostrożności sanitarnych nie należy się kierować mapą rozwieszoną w wygodnym salonie, lecz ufając doświadczeniu organów czynnych na miejscu, pozostawić im zupełną swobodę działannia. Łańcuch więc straży sanitarnych został posunięty po za Mussul do Zacho. Po nad Eufratem ustalono posterunek w El-Deir dla zabezpieczenia Aleppa. Z Trebizondy wysłano Dra Saada do Dyarbekiru, z misyją czuwania nad Kurdystanem. Podobnąż misyję otrzymał Dr. Stiepowicz, wysłany z Chios do Aleppa. Słowem zrobiono wszystko tu możebne, czego wymaga dzisiejszy stan epidemii.

W chwili, gdy kończę to sprawozdanie, cholera ukazała się już w 67 miejscowościach, miastach, wioskach i pośród koczujących plemion arabskich, łagodniejąc w jednych punktach, srożąc się w innych. Spowodowana przez nią śmiertelność doszła do liczby 6173 zejść. Większe miasta najbardziéj ucierpiały. Zawleczona drogą karawan po za granicę turecko-perską, zaraza ukazała się już na przestrzeni między Khanekin i Kermanszachem, a także w Dyzful, Szuster i ich okolicy.

Na teraz więc rozstajemy się z cholerą w Mezopotamii zatrzymaną przed Mossulem, lecz stale postępującą na północ. Czy miasto to wzniesione na ruinach Niniwy będzie kresem tegorocznego jéj szerzenia się lub też czy zaraza przedostawszy się do Kurdystanu i Armenii, a daléj na zachód ku Aleppo, zagrozi wybrzeżom morza Czarnego i Śródziemnego? to pytania, na które można odpowiedzieć prawdopodobieństwem dalszego jéj postępu, jak również i nadzieją, że się zatrzyma na pograniczu pustyni i legnie znużona u podnóża górskiego pasma dawnego Massis.

## VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

L. 78.989. **Okólnik**

do wszystkich PP. c. k. Starostów.

Według § 2 ustawy sanitarnéj z d. 30 kwietnia 1870 r. (Dz. pp. Nr. 68) przysługuje Administracyi Państwa między innymi także prawo nadzoru nad szpitalami.

Ponieważ nadzór ten dotychczas prawie zupełnie nie był wykonywany, poleci pan Starosta c. k. lekarzowi powiatowemu, aby w myśl § 8 ustawy na wstępie powołanéj jużto w regularnych odstępach czasu, jużto w razie potrzeby zwiedzał szpitale dokładnie i przedkładał panu Staroście z téj czynności pisemną relacyję.

Relacyje dotyczące szpitali powszechnych i publicznych zechce pan Starosta w odpisie wraz z swojem sprawozdaniem przedkładać Namiestnictwu, które jeżeli to uzna za stósowne, odniesie się do Wydziału krajowego celem usunięcia dostrzeżonych przez c. k. lekarza powiatowego wad i usterek. C. k. lekarz powiatowy może zwiedzać szpital w czasie takim kiedy to uzna za stósowne, lecz nie ma on bezpośrednio od siebie wydawać jakichkolwiek poleceń funkcyjonaryjuszom szpitalnym. W razach nagłych a niecierpiących zwłoki wyda pan Starosta pisemne polecenie zarządowi szpitala, względnie zwierzchności gminnéj. Namiestnictwo zauważa jednak, że podobne polecenia ograniczyć winien pan Starosta jedynie do wypadków nagłéj i rzeczywistéj potrzeby i że z reguły będzie przestrzegany sposób postępowania wyżéj określony.

Gdy c. k. lekarz powiatowy w swem sprawozdaniu podniesie jakie braki w szpitalach prywatnych, winien pan Starostwa zawezwać zwierzchność gminną, któréj na mocy § 4 *e* przysługuje prawo bezpośredniego nadzoru nad szpitalami prywatnemi, aby postarała się w właściwéj drodze o usunięcie wytkniętych przez c. k. lekarza powiatowego wad i usterek.

O swych zarządzeniach zechce pan Starosta w każdym wypadku zdać sprawę.

Lwów, dnia 20 listopada 1889. *Badeni.*

---

Prof. A. Neisser (Wrocław): **Czy kiłą zarażeni lekarze mogą wykonywać daléj czynność lekarską?**

Na powyższe zapytanie jednego lekarza, który twierdzi, że niebezpieczeństwo przeniesienia kiły przez chorych lekarzy jest daleko większe, niż w małżeństwie, daje prof. N. następującą odpowiedź. Dla osądzenia, czy zarażony lekarz może zarazić swych chorych, musimy uwzględnić następujące okoliczności: 1) Wiek czyli okres kiły; im świeższa kiła, tem większa zaraźliwość, a główne niebezpieczeństwo stanowi wrzód pierwotny i wybujałości guziczkowe okresu wczesnego, trwającego przeciętnie 2—3 lat. Klinicznie i doświadczalnie wykazano niezaraźliwość trzeciorzędnych zmian. 2) W znacznéj mierze wpływa na stopień zaraźliwości i czas jéj trwania staranne i dokładne leczenie, które trwanie okresu zaraźliwości znacznie zmniejsza. 3) Oprócz tych ogólnych zdań ważnem jest dla powyższego pytania, czy lekarz ma na rękach zmiany okresu wczesnego kiły, t. j. stwardniałość pierwotną, guzeczki i t. d.; obecność ich na rękach stanowi bezwarunkowy powód do zakazu wykonywania praktycznéj chirurgicznéj czynności, o ile się nie uda w sposób pewny mechanicznie uczynić nieszkodliwemi ogniska chorobowe (dobrze przylegający palec gumowy, na innych częściach n. p. na grzbiecie ręki mocno lepiący plaster, posmarowanie za pomocą kolodium lub traumatycyny). Z faktu, że mimo częstości stwardniałości pierwotnych na palcach u lekarzy i położnych nie donoszono w ostatnich latach o przenoszeniu kiły na chorych, jeszcze nic pewnego nie wynika, gdyż znane są mniejsze lub większe miejscowe endemije kiły właśnie przez lekarzy wywołane. Wnioski, które czyni N. w końcu swego wykładu, są dla lekarza bardzo niekorzystne, gdyż przyznać musimy możność, że w pierwszych latach po zarażeniu może lekarz swoją chorobę przenieść, czy to za pośrednictwem kiłowych wybujałości, czy też przypadkowych chorób skórnych, czy wreszcie nawet zwykłego wystąpienia krwi ze zdrowéj skóry. Ale między możnością a prawdopodobieństwem jest jeszcze bardzo wielka różnica, a prawdopodobieństwo to jest bardzo ograniczone. Wszystkie znane przypadki dotyczyły położnic, nigdy chirurgicznie leczonych chorych i to za pośrednictwem stwardniałości pierwotnych. Większa uwaga, jaką obecnie zwracamy na te pozapłciowe zarażenia i środki ostrożności po ich stwierdzeniu, wystarczą, aby zapobiedz tym nieszczęśliwym przypadkom. (*Cenbtr. f. Chir.*, 89, 39).

*Dr. Baschkopf.*

---

## VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** 19 grudnia. Na wczorajszem posiedzeniu Przewodniczący wniósł podziękowanie i uznanie Towarzystwa dla prof. Domańskiego z powodu przyprowadzenia przezeń do skutku w zasadzie przynajmniéj sprawy wodociągu krakowskiego. Zgromadzeni oklaskami wyrazili koledze nieobecnemu na posiedzeniu swoje uznanie. — Następnie Dr. Sroczyński przedstawił chorego z kliniki prof. Rydla z rzadkiem u nas cierpieniem *Cysticercus* w oku. W dyskusyi mówili koll. Rydel, Obaliński i Wilkosz. — Prof. Obaliński opowiedział przypadek wydobycia ości rybiéj z okolicy kiszki zstępującéj, gdzie w ciągu 2 miesięcy wytworzyło się [illegible] dwóch pięści.

* Upraszamy Szan. kolegów, aby we wszystkich sprawach administracyjnych odnosili się wprost do Administracyi „Przeglądu Lek.“.

* Magistrat krakowski wskutek polecenia Namiestnictwa z dnia 25 października r. b. do L. 7094 przypomina lekarzom praktykującym rozporządzenie z dnia 28 listopada 1885 roku, według którego lekarz każdy, zapisujący środek, którego nadużycia można się obawiać, obowiązany jest zamieścić na recepcie klauzulę *„ne repetatur“*. Szczególnie odnosi się to do sporyszu i jego preparatów.

* **Warszawa**. Po ustąpieniu z posady okulisty Dra J. Talki, następcom jego jakoś się nie wiedzie. Po usunięciu z téj posady Dra Biełowa, który — mówiąc nawiasowo — do tego czasu był sekretarzem lekarskiego zarządu w r. b. już drugi dostał dymisyję. Był nim kauk. lekarz Dr. Piennow, który był okr. okulistą w Królestwie zaledwie przez parę miesięcy!

* (Dr. J. T.). **Rosyja**. Przez cały listopad szerzyła się po całéj Rosyi influenza, która przyszła ze wschodu od granic chińskich nawiedziwszy i zachodnią Syberyję. Pandemija ta obserwowaną była od północnych gubernij Rosyi aż do brzegów Krymskich i w kraju Zakaukazkim. Stąd prawdopodobnie przeszła do Austryi i daléj. Choroba nawiedzała wszystkie stany, dzieci i dorosłych. Odznaczała się łagodnością, nikt bowiem życiem nie przypłacił, chociaż masę liczyła ofiar i tak w Petersburgu chorowało przeszło 150,000 osób, w fabryce materyj wełnianych w Jarosławlu na 6000 robotników zapisano blisko 5000 konsultacyj w ciągu miesiąca; w gubernijach moskiewskich najsilniejszą influenza była w pierwszéj połowie listopada, przy temperaturze powietrza 0 do 3°. Szpitale i domy mieszkalne przepełnione były choremi. Na szczęście choroba trwała krótko: zwykle po 3—5 dniach chory wyzdrowiał. Głównemi objawami były i po ziębieniu objawiał się silny czołowy ból głowy, ciepłota dochodziła do 39—40°C., ogólna niemoc, reumatyczne bóle w mięśniach i silne osłabienie, ktore trwało pewien czas po upływie choroby. Czasami katar nosa, oskrzeli, zaparcie stolca. Ważniejszych komplikacyj nie widziano. Stosowano chininę, antipyrynę, a w lżejszych ambulatornych przypadkach choroba przechodziła i bez użycia lekarstwa, zwykle po niewielkiem poceniu się.

* Influenza. *Berl. klin. Woch.* konstatuje, że epidemija ta zawitała i do stolicy niemieckiéj i że nabiera cechy pandemii. O rzeczywistem jéj rozszerzeniu się na teraz trudno mieć pojęcie należyte, ponieważ wobec „grippofobii“, która opanowała umysły, każdy silniejszy katar poczytują za influenzę; jednak kilka przypadków sprawdzono w Charité, a antyfebryna i antipyryna

**Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich**

W *Gazecie Lek.* Nr. 50: Pruszyńskiego: O zachowaniu sie kwasów amidosalicylowych w ustroju (dok.); Matlakowskiego: Zestawienie 25 przyp. otwarcia jamy otrzewnej (dok.); Sędziaka: Intubacyja krtani (dok.). — W *Medycynie* Nr. 50. Hewelkiego i Jakowskiego: Przypadki tyfusu (dok.).

**Redakcyja otrzymała.**

Dr. J. KARLIŃSKI: Zur Kenntnis der atypischen Typhusfälle (odbitka z *Münch. med. Woch.* 1889) in 8-vo str. 15. — St. Szcz. ZALESKI (w Tomsku): Uproszczenie mikrochemicznych odczynów na żelazo (odbitka z *Gaz. Lek.* 1889) in 8-vo str. 5. — B. SAWICKI: O ranach przepony (odbitka z *Gaz. Lek.* 1889) in 8-vo str. 29. — Neue therap. Mittheilugen über Codein, Knoll et Cie Chem. Fabrik Ludwigshafen a/R., in 8-vo str. 16. — Prof. ADAMKIEWICZ: Ueber das Verhalten d. Nervenkörperchen in kranken Nerven (odbitka z *Archiv f. Psych.* XXI., 2) in 8-vo str. 8 z tabl. chromolitogr.

**Sprostowanie.** W Nrze 48 przez omyłkę podano, że Dr. Jakliński osiadł w Kozłowie. Ma to być Dr. Zakliński.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

## KONKURS.

W celu nadania stypendyum jednorazowego na podróż w kwocie 900 złr. z fundacyi J. W. Radcy Stanu Walentego Szklarskiego rozpisuje się niniejszem konkurs.

O stypendyum to ubiegać się mogą niezamożni uczniowie medycyny, w Uniwersytecie Jagiellońskim, którzy studya swe ukończyli, najdalej w przeciągu pięciu lat od ukończenia swych studyów. Każdy z ubiegających powinien się zobowiązać pisemnie, że w razie udzielenia mu stypendyum, w przeciągu najbliższego roku złoży egzamina doktorskie, jeżeli ich jeszcze nie złożył a następnie celem dalszego kształcenia się, wyjedzie na jeden rok za granicę. W każdym razie wykształcenie za granicą ma mieć za cel przyszłą wprawę naukową w pewnej gałęzi lekarskiej bądź teoretycznej bądź praktycznej, ma więc być przysposobieniem do zawodu naukowego, a nie do samego lekarskiego wykonawstwa. Wymaga się więc dowodów uzdolnienia i zamiłowania naukowego, okazywanego jużto w pracowniach jużto w klinikach szczególnem przykładaniem się do pewnego rodzaju poszukiwań, dokonywanemi ćwiczeniami i pracami, gorliwem zajmowaniem się jakąś szczególną gałęzią lekarską i t. p. Jako rękojmi pożytecznie za granicą użytego czasu i funduszu wymagać się będzie od pobierającego stypendyum dokładnych i wiernych sprawozdań półrocznych piśmiennych z całego toku zajęć naukowych i z osiągniętych niemi wypadków tak pod względem wykształcenia osobistego, jak i zebranych spostrzeżeń, doświadczeń i dokonanych prac.

Podania należy wnieść najdalej do dnia 8 Lutego 1890 r. na ręce Dziekana Wydziału lekarkiego w Krakowie.

Kraków dnia 3 Grudnia 1889.

---

L. 926. **OGŁOSZENIE KONKURSU.**

Na mocy rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego z dnia 13 listopada 1889 L. 49.057 wydanego wskutek uchwały Wysokiego Sejmu z dnia 4 listopada 1889, rozpisuje się konkurs na posadę prymaryjusza oddziału kiłowo-skórnych dla kobiet przy krajowym szpitalu powszechnym we Lwowie.

Do posady tej stałej przywiązaną jest płaca o rocznych 1.200 złr., tudzież prawo do trzech dodatków pięcio-letnich po 200 złr.

Ubiegający się o tę posadę winni wykazać:

a) wiek, stan i miejsce urodzenia;

b) uzyskany lub zatwierdzony stopień doktora medycyny lub wszech nauk lekarskich na jednej z wszechnic państwa austryjackiego. Nadto wykazać należy specyjalne studyja i praktykę szpitalną w dziale chorób syfilistycznych i skórnych;

c) dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.

Podania wnosić należy **do 24 grudnia 1889** na ręce Dyrekcyi szpitala krajowego we Lwowie bezpośrednio, lub za pośrednictwem swej władzy przełożonej, jeżeli kandydat pozostaje w służbie publicznej.

Lwów, dnia 26 listopada 1889 r. 118—4—4

Dyrektor krajowego szpitala powszechnego. *Dr. Głowacki.*

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.